

A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso

Cátia Marisa Pinto Leitão

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para o cumprimento dos requisitos necessários para obtenção de grau de mestre em Gerontologia Social

Setembro 2015

A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Gerontologia Social,
submetida ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Joana Guedes

Agradeço

... à minha orientadora, Prof.^a Dr^a Joana Guedes, por todas as palavras de apoio e de incentivo e, também, pela partilha dos seus conhecimentos.

... ao Prof.^o Dr.^o Helder Alves, pelo apoio estatístico dado e pela sua disponibilidade para me receber.

... a todos os colaboradores e residentes do contexto de avaliação pelo acolhimento e disponibilidade para atenderem os meus pedidos.

... à minha Mãe por me amar incondicionalmente e estar sempre ao meu lado.

... ao meu Pai por aceitar as minhas desculpas.

... ao meu Irmão, por todas as razões e mais alguma.

... Por último e não menos importante, ao Tiago pela compreensão, tolerância e, sobretudo, pelo carinho e incentivo que me deu ao longo de todo este caminho.

Sem a ajuda de todas estas pessoas e mais algumas não seria possível elaborar esta dissertação e concretizar mais um dos meus grandes sonhos.

O meu muito obrigado do fundo do coração.

Resumo

É amplamente sabido que as instituições de retaguarda à velhice têm passado por profundas alterações nos seus modos de funcionamento e na sua forma de tratar os que delas necessitam. Porém, grande parte destas continua a não estar totalmente preparada para dar resposta às reais necessidades dos idosos. De facto, estas instituições dão resposta às necessidades básicas do idoso, que até ao momento da institucionalização não eram satisfeitas, ou eram satisfeitas com sérias dificuldades. No entanto, o domínio social do idoso é um aspeto muito descorado. As condições e lógicas de funcionamento e os profissionais que lá trabalham não promovem as relações sociais dos residentes. Os idosos estão rodeados de outras pessoas, com as quais não têm laços de conhecimento, afetivos e afinidades, compartilhando frequentemente o sentimento de solidão.

Deste modo o presente trabalho centra-se no estudo de um lar, das condições que proporciona e das suas lógicas de funcionamento, tendentes, ou não, à preservação ou ao reforço das sociabilidades dos idosos, como estratégia de combate à solidão. Neste enquadramento, objetivou-se diagnosticar quais as características dos idosos que sentem solidão e perceber se as práticas institucionais acentuam ou contrariam esse sentimento.

Para tal, realizou-se um cruzamento de instrumentos de recolha de dados quantitativos e qualitativos. Aplicaram-se um questionário sobre dados sociodemográficos, os Índices de Barthel e de Lawton e a Escala de Solidão da Ucla – ULS-6. Do mesmo modo, recorrendo a um plano de observação, teoricamente sustentado, observou-se o quotidiano institucional ao longo de vários meses.

Os resultados quantitativos indicam não há uma relação de dependência entre a solidão e a idade e que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores da solidão de acordo com o género, o estado civil e a escolaridade dos indivíduos da amostra. Por seu turno, existe uma relação estatisticamente significativa entre a solidão e a funcionalidade expressa pelo índice de Lawton.

Em relação aos resultados qualitativos, a nossa análise não nos permite concluir que as condições e lógicas de funcionamento da instituição determinam por si só a experiência de solidão. No entanto, autoriza-nos concluir que, o risco de morte social cresce à medida que a dependência aumenta, sendo que as práticas e as lógicas de funcionamento institucionais desempenham um papel preponderante.

Palavras-chave: envelhecimento, lares de idosos, solidão, isolamento, sociabilidades, funcionalidade

Abstract

It is widely known that institutions which help the elderly have been through profound alterations in their way of working and treating those in need. However, a large part of them are still not completely prepared to respond to the of the real needs of the elderly. In fact these institutions respond to the basic needs of the elderly, that up until their admittance either were not met, or were met with serious difficulties. However, the social life of the elderly is often disregarded. The conditions, operating logic and practitioners who work there do not promote the residents social relationships. The elderly are surrounded by people, of whom they have no knowledge, emotional ties or affinities, often sharing a feeling of loneliness.

Therefore, the following paper focuses on the study of an old peoples' home, the conditions it provides and it's operating logic and whether or not it tries to preserve or reinforce the sociability of the elderly as a strategy to combat loneliness. Within this framework, the goal was to diagnose the characteristics of the elderly who feel lonely and understand whether the institutional practices accentuate or counteract that feeling.

To this end a cross-checking of quantitative and qualitative methods of collecting data took place. A questionnaire about sociodemographic data, the Barthel and Lawton Indexes and the UCLA Loneliness Scale - ULS-6 was applied. In the same way, using a theoretically supported observation plan, the daily life of the institution was observed during various months.

The quantitative results indicate there was no relationship between loneliness and age and that there is no statistically significant difference between the amount of loneliness in different genders, marital status and education of the individuals sampled. In turn, there is a statistically significant relationship between loneliness and functionality expressed by the Lawton index.

In terms of the qualitative results, our analysis does not permit us to conclude that the conditions and operating logic of the institution determine loneliness on their own. It does, however, allow us to conclude that the risk of social death increases with dependence, where the practices and operating logic of the institution play a preponderant role.

Keywords: aging, old people's homes, loneliness, isolation, sociability, functionality.

Résumé

Il est amplement divulgué que les institutions qui sont un support pour la vieillesse ont subi de profonds changements dans leur façon de fonctionner et dans la manière de traiter ceux qui ont besoin de leur soutien. Toutefois, la plupart de celles-ci continuent à ne pas être totalement préparée pour apporter une solution aux réels besoins des personnes âgées. En fait, ces institutions donnent une réponse aux besoins basiques, qui jusqu'au moment de l'institutionnalisation n'étaient pas satisfaites, ou n'étaient satisfaites qu'avec de sérieuses difficultés. Cependant, le domaine social de la personne âgée est encore un aspect négligé. Les conditions et logiques de fonctionnement et les professionnels qui travaillent dans ces institutions ne promeuvent pas les relations sociales des résidents. Les personnes âgées sont entourées d'autres personnes, avec lesquelles elles n'ont aucun type de liaisons affectives et affinités, partageant fréquemment le sentiment commun de solitude.

Ainsi, ce présent travail est basé sur l'étude d'une maison de retraite, des conditions que celle-ci proportionne et de ses logiques de fonctionnement, qui ont tendance, ou non, à préserver ou à renforcer les formes de sociabilité chez les personnes âgées, comme stratégie pour combattre la solitude. Dans cet encadrement, nous avons comme objectif de diagnostiquer quelles sont les caractéristiques des personnes âgées qui se sentent seules pour pouvoir comprendre si les pratiques institutionnelles accentuent ou contrarient ce sentiment.

Pour cela, nous avons réalisé un croisement d'instruments de recueil de données quantitatives et qualitatives. Un questionnaire sur les données sociodémographiques, sur les indices de Barthel et Lawton et sur l'Echelle de Solitude de l'UCLA-ULS-6 a été appliqué. De la même façon, et ayant recours à un plan d'observation, théoriquement soutenu, nous avons observé le quotidien institutionnel au long de plusieurs mois.

Les résultats quantitatifs indiquent qu'il n'y a pas de relation de dépendance entre la solitude et l'âge et qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les valeurs de la solitude selon le genre, l'état civil et la scolarité des individus de cet échantillon. D'un autre côté, il existe une relation statistiquement significative entre la solitude et la fonctionnalité exprimée dans l'indice de Lawton.

Par rapport aux résultats qualitatifs, notre analyse ne nous permet pas de conclure que les conditions et logiques de fonctionnement de l'institution déterminent à elles seules l'expérience de la solitude. Néanmoins, cela nous amène à conclure que, le

risque de mort sociale grandit au fur et à mesure que la dépendance augmente, les pratiques et les logiques de fonctionnement institutionnelles jouent alors, un rôle prépondérant.

Mots-clés: vieillissement, maisons de retraite, solitude, isolement, sociabilités, fonctionnalité.

Índice de quadros

Quadro 1 : Coeficientes de correlação de Pearson entre a Solidão e Idade.....	46
Quadro 2 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com o género.....	47
Quadro 3 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com o estado civil.....	47
Quadro 4 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com a escolaridade....	48
Quadro 5 : Distribuição de frequência para o Índice de <i>Barthel</i> (escalões).....	49
Quadro 6 : Distribuição de frequência para o Índice de <i>Lawton</i> (escalões).....	50
Quadro 7: Coeficientes de correlação de Pearson entre a Solidão, Índice de Barthel e índice de Lawton.....	50

Índice

Introdução	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Capítulo 1: Desenvolvimento humano e envelhecimento	5
1.1. A gerontologia e o estudo do envelhecimento	5
1.2. Envelhecimento físico, cognitivo e psicossocial	6
Capítulo 2: Alterações na sociedade portuguesa	12
Capítulo 3: Transição família – lar	18
3.1. Emergência dos serviços e equipamentos para as pessoas mais velhas	18
3.2. Viver num lar de idosos: desafios à preservação das sociabilidades	22
Capítulo 4: Solidão - conceito e definições, determinantes e consequências	31
II. ESTUDO EMPIRICO	37
Capítulo 1: Considerações metodológicas	38
1.1. Hipóteses de Investigação	38
1.2. Objetivos do estudo	38
1.3. Método	39
1.4. População e amostra	39
1.5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	40
1.6. Procedimento de recolha e análise dos dados	43
Capítulo 2: Análise e discussão dos resultados	45
2.1. Caracterização geral dos idosos da amostra	45
2.2. O impacto das condições físicas e arquitetónicas na solidão	51
2.3. Quotidiano da instituição	57
2.4. Relações estabelecidas entre os grupos humanos em presença no lar	63
Capítulo 3: Implicações para as práticas de combate à solidão no lar em estudo	78
3.1. A melhoria dos espaços, recursos e acessibilidades como via para favorecer a autonomia e a integração comunitária	78

4.2. O estímulo à participação dos residentes no cotidiano do lar enquanto estratégia para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença	81
4.3. A promoção das sociabilidades dos elementos humanos em presença no lar como estratégia de combate da solidão	84
Considerações finais	90
Referências Bibliográficas.....	93
Anexos.....	100
Anexo 1: Guião de observação	100
Anexo 2: Testes de normalidade.....	106
Anexo 3: Descritivas sobre a Escala de Solidão	107
Anexo 4: Consentimento e protocolo de avaliação	108

Introdução

Nas últimas cinco décadas, a sociedade portuguesa passou por grandes mudanças. Embora o país seja o mesmo de há cinco décadas atrás, a população e o seu modo de vida é diferente (Rosa & Chitas, 2010).

Das várias mudanças que se verificam na sociedade portuguesa importa destacar, em primeiro lugar, o envelhecimento da população que se traduz por uma diminuição da população jovem e por um aumento expressivo da população mais idosa.

Uma outra alteração na sociedade portuguesa que se tem vindo a registar ao longo das últimas décadas diz respeito às modificações nas estruturas e nas dinâmicas familiares, que por sua vez têm impacto nas sociabilidades dos mais velhos e que podem explicar o aumento da procura por respostas sociais e consequentemente, ou não, as causas da solidão.

Segundo Fernandes (1997) as transformações no domínio familiar começaram a ter um maior relevo a partir da segunda metade da década de sessenta, sendo causadas por fatores como: o trabalho assalariado, a migração das pessoas para zonas industriais, a entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento do número de divórcios, a diminuição da fecundidade, os nascimentos fora do casamento e o aumento dos casamentos civis. A família tradicional, definida pela autora como um modelo familiar alargado, onde coabitavam três ou quatro gerações passou a caracterizar-se por um núcleo reduzido, onde coexistem apenas duas gerações, nomeadamente, os pais e os filhos. A união dos tempos tradicionais desvaneceu-se, enfraqueceram-se os laços de solidariedade e as trocas sócio familiares entre as gerações viram-se comprometidas (Guedes, 2012).

Todas estas alterações criaram condições para que o Estado interviesse na arbitragem das trocas entre gerações, através da criação de serviços e equipamentos destinados aos mais velhos, dos quais se destacam os lares de idosos (Fernandes, 1997).

Na verdade, o internamento definitivo foi durante muito tempo a única possibilidade de garantir aos mais velhos um apoio formal, mesmo que estes apenas necessitassem de cuidados temporários (Pimentel, 2001). Consciente deste facto, com o avançar dos anos o Estado procurou criar novos serviços e equipamentos que permitam ao idoso envelhecer em casa. Surgiram, então, o Serviço de Apoio Domiciliário, o Centro de Dia, de Noite e de Convívio.

Não obstante, à diversidade de respostas sociais Pimentel (2001) refere que nem sempre é permitido ao idoso envelhecer na sua própria casa, principalmente, quando escasseia o apoio informal fornecido pelos familiares, amigos ou vizinhos do idoso. Assim, na inexistência de outras soluções para o(s) problema(s), o idoso e a sua família encaram a entrada no lar o internamento como a única alternativa.

É certo que, apesar da procura frequente por lares de idosos, Fernandes (1997, p. 150) diz-nos que “a imagem e o valor simbólico que sugerem são quase sempre negativos, uma vez que remetem para uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa próxima da morte”. Para esta imagem pejorativa dos lares e dos residentes muito contribui o funcionamento de instituições que promovem a segregação social dos residentes e pouco ou nada promovem o estabelecimento e estreitamento das relações entre os residentes e entre estes e os familiares, amigos e vizinhos, como estratégia de combate à solidão.

Deste modo, e atendendo ao facto de que a solidão depende da qualidade do relacionamento que se tem ou não com o outro (Pais, 2006), e que como já vimos anteriormente que a entrada e permanência numa instituição tem repercussões na vida social do indivíduo, consideramos relevante o estudo de um lar, das condições que proporciona e das suas lógicas de funcionamento, tendentes, ou não, à preservação ou até reforço das sociabilidades dos idosos, como estratégia de combate à solidão. Neste enquadramento, são nossos objetivos diagnosticar quais as características dos idosos que vivenciam sentimentos de solidão e perceber se as práticas institucionais acentuam ou contrariam esse sentimento.

Estruturalmente, a presente dissertação está dividida em duas grandes partes, contendo cada uma diversos capítulos e subcapítulos.

Na primeira parte é feito um enquadramento teórico da temática em estudo através de um conjunto de temas que permitem a sua compreensão. Assim, no primeiro capítulo, intitulado o desenvolvimento humano e o envelhecimento, aborda-se a Gerontologia e o estudo do envelhecimento e as perdas e ganhos biopsicossociais que são fatores que promovem a institucionalização dos mais velhos. No segundo capítulo, apresentam-se dados estatísticos sobre as principais mudanças que se registaram ao longo das últimas décadas e que explicam a demografia atual. Segue-se o terceiro capítulo, Transição família – Lar, onde é realizada uma abordagem à emergência de serviços e equipamentos destinados aos mais velhos, em particular os lares de idosos, e tecem-se considerações sobre os fatores associados ao processo de institucionalização, o

funcionamento destas instituições e o seu impacto na vida social dos residentes, à luz do conceito de instituição total de Goffman (1961).

A primeira parte termina com um capítulo dedicado à problemática da solidão na velhice, onde se abordam o conceito, determinantes da solidão e as suas consequências, através de contributos teóricos de autores da psicologia e da sociologia.

Na segunda parte dá-se a conhecer o estudo empírico. No primeiro capítulo apresentam-se as hipóteses de investigação, os objetivos do estudo, o método levado a cabo, a população e amostra, as técnicas e instrumentos de recolha de dados e os procedimentos tidos em consideração. No segundo capítulo, analisam-se e discutem-se os resultados obtidos no estudo.

Para além destas partes e, fazendo uso das palavras de Fernandes (2007), nomeadamente, que uma investigação é tão importante pelos resultados obtidos como pelas questões que suscita, a partir dos resultados obtidos apresentamos, no terceiro capítulo, algumas propostas de intervenção que podem orientar as práticas dos profissionais que trabalham para e com os mais velhos desta resposta social, no sentido de combater a solidão e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos residentes.

O trabalho termina com a apresentação de algumas considerações sobre as potencialidades e limitações do estudo, com o objetivo de se traçarem pistas para trabalhos futuros.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: Desenvolvimento humano e envelhecimento

1.1. A gerontologia e o estudo do envelhecimento

Ao longo dos anos, o aumento do número de idosos suscitou o interesse dos especialistas de várias áreas de saber e, conseqüentemente, no final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, surgiu a Gerontological Society of America. Porém, só a partir da década de 80 é que a Gerontologia começa a ganhar estatuto, pois começaram a surgir as primeiras publicações multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecimento (Paúl, 2005). A Gerontologia passou, então, a se dedicar ao estudo do envelhecimento humano e dos mais velhos (Paúl, 2012), recorrendo a contributos de várias áreas científicas, como a economia, a medicina, a psicologia, a sociologia, e outras. De facto, para Paúl (2012) é esta abordagem múltipla que distingue a Gerontologia de outras ciências.

Segundo Bengston, Rice e Johnson (1999, cit in Paúl, 2005) os profissionais da Gerontologia, nomeadamente, os Gerontólogos, procuram explicar os problemas físicos dos mais velhos, nomeadamente, as incapacidades e as dificuldades funcionais; encaram o envelhecimento como um processo que envolve ganhos e perdas desenvolvimentais nos domínios biopsicossocial; e adotam a idade como padrão da conduta social.

Para Fernandez-Ballesteros (2000, cit in Paúl, 2005, p. 25) há que distinguir Gerontologia dos ramos da Gerontologia. Assim, enquanto “a Gerontologia estuda bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento” a Gerontologia Social, “estuda os impactos das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as conseqüências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento”. Nesta linha de pensamento, a psicologia dos idosos, da idade e do envelhecimento, definidas seguidamente, são vistas como áreas exclusivas da gerontologia.

Segundo a autora, a psicologia dos idosos estuda os mais velhos e a última fase de vida, adotando uma perspectiva de estádios, que abrangem diversos temas como, a viuvez, a reforma, a cognição, a morte, entre outros. Já a psicologia da idade estuda os mais velhos, comparando grupos de indivíduos de idades distintas num determinado tempo com o objetivo de perceber as diferenças de idade. Por último, a psicologia do envelhecimento foca-se nas mudanças que ocorrem nos adultos, à medida que a idade cronológica avança.

A respeito da idade cronológica, Paul (2005) refere que este não é um bom critério para definir o indivíduo, uma vez que a idade cronológica pode não coincidir com a idade fisiológica, psicológica ou social do indivíduo. Para além disso, o número de anos que um indivíduo tem não fornece impreterivelmente informações sobre o seu bem-estar e as suas experiências físicas, cognitivas e sociais. Assim, é importante que se perspetive cada indivíduo como um ser único, que experiencia mudanças intra-individuais e que vive o seu envelhecimento de forma distinta do outro.

Não obstante à heterogeneidade no processo de envelhecimento, Papália, Olds e Fieldman (2006) referem que é possível distinguir dois tipos de envelhecimento, nomeadamente, o envelhecimento primário, que se refere ao envelhecimento normal, sem a ocorrência de doenças, e o envelhecimento secundário, que se refere às mudanças desenvolvimentais que estão relacionadas com a doença, com o estilo de vida ou com outros aspetos e que, na maioria das vezes, são evitáveis.

1.2. Envelhecimento físico, cognitivo e psicossocial

Decorrente dos contributos de várias áreas científicas, a perspetiva de que desenvolvimento acaba na adolescência deixou de vigorar e a velhice passou a ser considerada uma das fases do desenvolvimento humano, assim como a infância, a adolescência e a idade adulta (Fonseca, 2006). Tal como nas outras fases, a velhice pressupõe que o indivíduo experimente continuamente processos de transição e de mudanças, onde estão presentes ganhos-perdas, desafios, crises, aprendizagens e reestruturações nos domínios biopsicossocial. Aliás, Fonseca (2005) afirma que independentemente da idade, a relação entre ganhos e perdas pode existir em força igual. No entanto, com o avançar dos anos as perdas acentuam-se em relação aos ganhos. Não obstante, o indivíduo pode compensar essas perdas mediante o recurso à cultura ou alteração do ambiente.

A capacidade que o indivíduo tem em se adaptar ao longo do ciclo de vida é, na perspetiva de Baltes e Baltes (1990, cit in Afonso, 2011) o resultado da interação de três processos: seleção, otimização e compensação, que formam o modelo Seleção-Otimização-Compensação (SOC).

Para Baltes e Baltes (1990, cit in Fonseca, 2005) a seleção é o processo no qual o indivíduo define os objetivos e resultados desejados para o desenvolvimento. A

otimização refere-se aos meios que o indivíduo utiliza para alcançar os objetivos e resultados que definiu anteriormente, procurando enriquecer e maximizar os percursos selecionados. O último mecanismo, compensação, refere-se ao uso de recursos internos e externos que o ajudam a atingir os objetivos e resultados esperados.

Essencialmente este modelo diz-nos que o curso de vida pressupõe mudanças nos objetivos e no sentido da vida, para as quais é necessário que o indivíduo distribua sistematicamente os recursos que possui (Fonseca, 2005). O autor diz-nos que o foco de investimento de recursos é distinto ao longo do curso de vida. Assim, “enquanto na primeira metade da vida o investimento primário de recursos é dirigido a processos que configuram essencialmente ganhos desenvolvimentais, na segunda metade da vida cada vez mais os recursos são investidos no sentido da manutenção desses ganhos e da reparação das perdas, por forma a limitar as suas consequências” (Fonseca, 2005, p. 213).

Como podemos concluir, o modelo SOC pode ser aplicado à universalidade de pessoas e é suscetível de ser estendido ao ciclo vital, permitindo na opinião de Baltes e Smith (2004, cit in Fonseca, 2005), especificar e compreender como os indivíduos visionam e gerem as mudanças biopsicossociais que ocorrem ao longo do ciclo de vida.

Assim, numa tentativa de perceber as mudanças físicas, cognitivas e sociais que ocorrem à medida que o indivíduo envelhece, que são muitas vezes os fatores que levam ao internamento e conseqüentemente, ou não, promovem a solidão nos mais velhos, refletimos, agora, sobre os ganhos e as perdas desenvolvimentais nos domínios biopsicossocial.

Começamos, então, por analisar as mudanças no desenvolvimento físico que ocorrem durante a velhice e como estas variam entre os indivíduos.

Para Papália, Olds e Fieldman (2006) na vida adulta inicial, as perdas físicas são impercetíveis, pois são muito pequenas e graduais no tempo. Contudo, com o aumento dos anos, as perdas vão se tornando mais visíveis.

O envelhecimento físico está associado a algumas mudanças físicas, na pele (maior palidez, menor flexibilidade e enrugamento), mudanças capilares (os cabelos ficam mais finos e grisalhos e os pêlos corporais diminuem) e mudanças nos órgãos internos e nos sistemas corporais.

As mudanças fisiológicas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento são diversas, abrangendo por exemplo o aparelho circulatório, nomeadamente, o

batimento cardíaco tende a ficar mais lento e irregular. Já, por exemplo, o aparelho digestivo tende a manter-se eficiente.

Uma outra alteração física diz respeito ao funcionamento sensório e psicomotor que, apesar de algumas pessoas experienciarem declínios acentuados, outras praticamente não experimentam qualquer mudança. As mudanças no funcionamento sensório e psicomotor abrangem, sobretudo, a visão, a audição, o olfato e paladar e a força, a resistência, o equilíbrio e tempo de reação. Estas perdas, associadas em grande parte ao declínio da funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, podem afetar a vida quotidiana dos indivíduos, resultando em muitos casos em institucionalizações (Pimentel, 2001; Guedes, 2012) e consequentemente, ou não, em casos de isolamento e/ou solidão, caso estes não optem por estratégias que colmatam os défices como, por exemplo, o simples uso de aparelho auditivos.

Em termos de doenças físicas e transtornos mentais e comportamentais, Papália, Olds e Fieldman (2006) chamam-nos a atenção para o facto de que se por um lado, a maioria das pessoas mais velhas tem doenças crónicas (por exemplo: artrite), que normalmente não interferem na vida diária, por outro, a maioria dos idosos não possui doenças mentais. Não obstante, a demência de Alzheimer e de infartes múltiplos, a doença de Parkinson e o transtorno depressivo maior estão associados à idade, sendo que através de terapias comportamentais, interpessoais e cognitivo-comportamentais e medicamentosas é possível retardar a deterioração e reduzir a recorrência desses transtornos.

No que concerne ao desenvolvimento cognitivo, Papália, Olds e Fieldman (2006) argumentam que este é irregular durante a vida adulta e velhice. Não obstante, de uma forma geral há capacidades que declinam, outras que se mantêm estáveis e outras, que se aperfeiçoam.

Segundo os autores, alguns aspetos da memória, nomeadamente, a memória semântica, a memória de procedimentos e o priming continuam eficientes na velhice. Por seu turno, em muitos casos a capacidade de memória de operação e de recordar acontecimentos específicos ou informações recentes já não é tão eficiente na velhice.

Não obstante, estes ganhos e perdas não são universais, pois para os autores existe uma grande diferença inter-individual no desenvolvimento cognitivo. Nos lares, por exemplo, encontramos idosos cognitivamente afetados e idosos que não apresentam défices cognitivos acentuados (Guedes, 2012).

É certo que os declínios que se verificam a nível cognitivo são inevitáveis, mas podem ser precavidos no tempo através, por exemplo, da aprendizagem vitalícia, de atividades de estimulação cognitiva, entre outras (Papália, Olds e Fieldman, 2006).

Relativamente ao domínio social, Papália, Olds e Fieldman (2006) referem que na velhice se assiste à diminuição do tamanho e frequência de contactos sociais dos mais velhos. Para esta redução podem contribuir não só os fatores referidos anteriormente, nomeadamente, as perdas físicas e cognitivas que impossibilitam ou dificultam o contacto dos mais velhos com outros, como fatores mais subjetivos. Aliás, segundo a teoria da seletividade socio-emocional formulada por Cartensen (1991, cit in Neri, 2006) a redução do número de contactos ou a mudança nos comportamentos emocionais relaciona-se com o facto de as pessoas mais velhas preferirem passar mais tempo apenas com as pessoas que aumentam o seu bem-estar emocional. Com o avançar dos anos, as pessoas mais velhas conscientes do menor número de anos de vida selecionam objetivos a atingir, parceiros e modos de interação, pois isto permite-lhes otimizar os recursos que possuem (Neri, 2006).

Para a teoria do comboio social as mudanças nos contactos sociais apenas ocorrem nos círculos sociais mais externos e menos íntimos, como é o caso dos colegas de trabalho, cuja redução se agudiza após a aposentação (Antonucci & Akiyama, 1995; Kahn & Antonucci, 1980, cit in Papália, Olds & Fieldman, 2006).

No entanto, mais do que entender os fatores que contribuem para a redução da frequência de contactos é importante analisar-se outros aspetos, nomeadamente quem faz parte da rede social, a estrutura da rede social, dinâmicas das relações familiares/vizinhança/amigáveis, o reconhecimento da pessoa idosa na sua rede de relações sociais, a intensidade das relações e as alterações que se verificam nas mesmas.

De acordo com Antonucci e Akiyama (1995, cit in Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013, p. 91) as redes sociais fornecem ao indivíduo “o apoio social, o acesso a informação e a outros recursos”, sendo que delas fazem parte as redes de confiança (relações interpessoais), as relações de apoio emocional, instrumental e de aconselhamento e as relações de vizinhança.

Por relações interpessoais, Cabral et al. (2013) entendem as relações que o indivíduo estabelece com outras pessoas com o intuito de poder falar e partilhar preocupações ou problemas do dia-a-dia. Já as relações de apoio emocional, instrumental e de aconselhamento dizem respeito ao apoio percebido pelo indivíduo em

matéria emocional (sentimento de solidão, tristeza, alegria, felicidade, entre outros), instrumental (ajuda nas tarefas domésticas) e de aconselhamento (pedidos de conselhos aquando a tomada de decisões importantes). Além das redes interpessoais baseadas em relações de confiança surgem as redes de proximidade, nomeadamente, as relações de vizinhança, que se formam a partir de locais de residência.

Para os autores, estas redes sociais podem ser caracterizadas em termos da sua dimensão (tamanho das redes), da sua composição (peso relativo dos familiares e não familiares), da frequência de contactos (entre o indivíduo e os membros das redes) e da densidade (contactos entre os membros da redes).

Aliás, num estudo português realizado pelos autores Cabral et al. (2013), sobre a dimensão, a composição, a frequência de contactos e a densidade das relações interpessoais dos mais idosos portugueses obtiveram-se os seguintes resultados: (I) quanto à sua dimensão, as relações interpessoais são pequenas, uma vez que, em média, os inquiridos recorrem apenas as duas pessoas; (II) quanto à sua composição, as relações interpessoais são predominantemente familiares (conjugue e filhos); (III) quanto à frequência de contactos, a maioria dos inquiridos contacta diariamente ou semanalmente com indivíduos da sua rede interpessoal; e (IV) quanto à sua densidade, isto é, a proporção de membros que se conhecem e conversam entre si, verifica-se que a maioria dos inquiridos referiu que todos os membros conversam entre si.

Relativamente às relações de apoio emocional, os resultados do estudo referido anteriormente indicam que a maioria dos indivíduos pode contar com alguém em momentos de tristeza ou solidão, sendo este apoio prestado, principalmente, pelos filhos e pelo cônjuge. Em momentos de alegria ou felicidade, a maioria dos indivíduos pode contar com o apoio dos filhos, netos e cônjuge. Os resultados do estudo mostram que este apoio emocional mantém-se até muito tarde nos homens, mas sofre uma diminuição gradual nas mulheres.

Em relação às relações de apoio instrumental/ajuda nas tarefas quotidianas, os resultados do estudo dos autores mostram que o apoio recebido aumenta em ambos os sexos à medida que a idade aumenta, é mais importante nas redes extensas e não familiares e que é fornecido principalmente pelos filhos e amigos. Já na ajuda instrumental proporcionada, os resultados indicam que a fornecimento é superior à receção, que é considerado mais importante nas redes extensas e familiares e que quem o recebe são na maioria os filhos e pais.

Os resultados relativos às redes de aconselhamento recebido indicam que o apoio recebido não aumenta com a idade em ambos os sexos, que tem maior importância nas relações interpessoais familiares, recebe-se mais do que se dá, e que apesar da pouca reivindicação de apoio por parte dos indivíduos, são as mulheres que mais sentem essa necessidade. Já os resultados relativos ao apoio de aconselhamento fornecido sugerem que este é fornecido raramente e que assume uma maior importância nas redes interpessoais extensas.

Por último, os autores referem que nas relações de vizinhança se deve atender a três aspetos, nomeadamente, a identificação dos vizinhos, a frequência de contactos e o tempo de permanência no lugar de residência.

De acordo com os resultados obtidos no estudo, as relações de vizinhança dos mais velhos caracterizam-se por um elevado interconhecimento, por contactos frequentes entre os indivíduos e os seus vizinhos (47,1% frequência diária, 40% semanal e 13% mensal) e pela relação linear entre o tempo de residência no local e o conhecimento entre os vizinhos, isto é, os indivíduos que vivem há menos de dez anos no mesmo sítio conhecem alguns vizinhos, por oposição à identificação de bastantes vizinhos por parte dos indivíduos que residem há mais de cinquenta anos no mesmo local.

Na verdade, esta frequência de contactos e interconhecimento que caracteriza as relações de vizinhança dos mais velhos poderão evitar o internamento do idoso, na medida que fornecem apoio informal quando o mais velho já não consegue viver de forma independente na comunidade e não tem apoio dos seus familiares.

Capítulo 2: Alterações na sociedade portuguesa

Segundo Cabral et al. (2013, p. 11) “atualmente as sociedades são mais envelhecidas mas também são sociedades em que os indivíduos vivem mais tempo”. Aliás, entre 1970 e 2013 os indivíduos ganharam mais 13 anos de vida, isto é, enquanto em 1970, se esperava viver até aos 67,1 anos, em 2013 esperava-se viver até aos 80, 2 anos (PORDATA, 2015^a).

Este último ganho, nomeadamente, o aumento da esperança média de vida releva-se “uma faca de dois gumes” pois, por um lado, representa os grandes progressos da humanidade em termos económicos, sociais e médicos, mas por outro gera uma série de consequências e desafios complexos para o nosso tipo de sociedade (Cabral et al., 2013). Ora, para entender tais desafios é importante começar por compreender as principais mudanças que se registaram ao longo das últimas décadas e que explicam a demografia atual e o aumento do número e procura por repostas sociais de retaguarda à velhice.

Um dos principais fatores que pesa no envelhecimento da população portuguesa diz respeito ao forte surto emigratório nos anos 60 e 70, no qual os portugueses emigraram jovens e retornaram ao seu país natal já como velhos (Pimentel, 2001). Numericamente, entre o início da década de 60 e o ano 2011 a população residente em Portugal aumentou significativamente, ultrapassando no ano 2011 os 10,5 milhões de indivíduos (INE, 2011). Rosa e Chitas (2010, p. 11) consideram que este aumento populacional se deveu a fatores políticos, económicos e sociais, dos quais destacam: o envolvimento na guerra colonial entre Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, a mudança do regime político (Ditadura para Democracia), “a nacionalização dos sectores da economia”, a adesão à Comunidade Económica Europeia, a mudança da moeda e circulação do Euro, “a participação na globalização económica e financeira económica”, o fenómeno da imigração, a diminuição dos níveis de fecundidade e da taxa de mortalidade infantil e o envelhecimento da população.

No entanto, este crescimento populacional não se realizou de um modo linear ao longo dos anos. Aliás, os autores referem que Portugal é marcado por períodos em que ocorreram decréscimos e aumentos substanciais na população residente. Em meados dos anos 60 e 70 Portugal perdeu cerca de 400 mil habitantes. Já nos anos 80, registou-se um aumento de 600 mil indivíduos, devido entre outros fatores à imigração. Aliás, os autores referem que Portugal ficou conhecido pelos fluxos migratórios de indivíduos de

origens diversas: França, Cabo-Verde, África, Brasil, China, Paquistão, Índia e Europa de leste, continuando a ser um país dependente da imigração.

Uma outra alteração que se registou na sociedade portuguesa diz respeito à melhoria das condições de vida habitacionais ao longo dos anos, que muito contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da população.

De acordo com Rosa e Chitas (2010) devido ao intenso êxodo rural na década de 60 e 70, houve uma forte pressão no mercado habitacional. A população economicamente carenciada foi forçada a procurar alternativas às habitações clássicas, originando o aumento de barracas nas periferias das áreas metropolitanas. Porém, nos anos 90, as barracas sem saneamento e sem equipamentos públicos foram erradicadas. Segundo os autores as pessoas a viverem nestas situações passaram de 75 mil, em 1981, para 39 mil, em 2001.

Paralelamente verificou-se um aumento do número de habitações de apenas uma família (4,2 milhões de alojamentos, em 1991, para 5,8 milhões, em 2011), assim como um aumento do recurso ao crédito habitacional (em 1994, realizavam-se 84 mil créditos, e em 2007, 157 mil créditos). Apostou-se, também, em novas construções e tipologias diferentes. As habitações passaram a possuir água canalizada, instalações sanitárias, rede elétrica, saneamento, fogões, frigoríficos e televisões.

Apesar de todas estas melhorias, a falta de condições habitacionais que atendam às necessidades dos mais velhos constitui um dos principais motivos que levam à procura e ingresso em instituições para a terceira idade (Pimentel, 2001; Guedes, 2012).

A par das transformações habitacionais é possível ainda verificar outras conquistas que beneficiaram a população portuguesa, nomeadamente, na área da saúde, e que permitiram, principalmente, contrariar a morte precoce.

Entre os anos 1960 e 2014 registou-se uma diminuição na taxa de mortalidade infantil de 77,5 para 2,8 crianças por mil nascimentos (PORDATA, 2015^b). Para este êxito colaboraram vários fatores, nomeadamente, a propagação da rede de centros de saúde, a comodidade nos transportes de parturientes, o aumento dos equipamentos de apoio a prematuros, o avanço no acompanhamento médico das grávidas e o aumento dos nascimentos em meio hospitalar (Rosa & Chitas, 2010).

Segundo Rosa e Chitas (2010) a expansão do sector saúde abarcou, também, o aumento das consultas por habitantes, o aumento dos internamentos e a diferenciação dos riscos de vida da população portuguesa.

De acordo com os dados estatísticos da PORDATA (2015^c), as consultas em estabelecimentos de saúde aumentaram de 9 milhões por ano, em 1960, para 40 milhões, em 2014. No que concerne aos internamentos, este aumentaram de 523 mil, em 1960, para mais de 1,1 milhões, a partir de 2001. Por seu turno, o número de urgências diminuiu entre 1990 e 2014, concretamente de 9,2 milhões para 8,2 milhões.

Independentemente de todos os avanços registados na medicina, Rosa e Chitas (2010, p. 50) referem que “algumas causas identificadas da morte têm-se mantido estáveis ao longo dos anos”, nomeadamente (1) as doenças no aparelho circulatório: na década de 80 e 90, responsáveis por 44% das mortes e em 2008, por cerca de 32% dos obtidos; (2) os tumores: em 1960, originaram 9% dos óbitos e em 2008, 23% dos óbitos; (3) a SIDA: responsável por 0,4% dos óbitos em 1992 e atualmente causa de 1,5% dos óbitos; (4) as doenças infecciosas e parasitárias: atualmente representam cerca de 1,5 % dos óbitos, por comparação ao ano 1992 em que representavam apenas 0,4% de óbitos; (5) as doenças do aparelho respiratório, que na década de 60 e no ano 2008 representaram cerca de 11% dos óbitos; (6) os acidentes de trabalho: em 1985, registaram-se 235 mil acidentes, valor que aumentou em 2007, para 237 mil acidentes; e (7) os acidentes de viação: em 1960, responsáveis 13 mil acidentes e em 2008 por 34 mil.

De facto, ao longo dos anos registaram-se grandes avanços na área da saúde. No entanto estes ganhos apresentam, ainda, insuficiências (Rosa & Chitas, 2010). Por um lado existem mais profissionais na área da medicina e mais consultas médicas, mas o número anual de óbitos tem sido de 100 mil ao longo das últimas cinco décadas. A própria morte adquiriu novos contornos. Atualmente a morte encontra-se cada vez mais associada a doenças crónicas e degenerativas. Este tipo de patologias está maioritariamente associada à população portuguesa mais velha, sendo um dos principais fatores que leva à institucionalização em respostas sociais de retaguarda à velhice (Guedes, 2012).

Uma outra mudança que se tem vindo a registar cada vez mais na nossa sociedade prende-se com a diminuição do Índice de Fecundidade. De facto, as mulheres da atualidade têm, em média, muito menos filhos do que no passado. Evoluiu-se de 3,2 filhos por mulher, na década de 60, para 1,2 filhos por mulher, no ano 2014 (PORDATA, 2015^d). Esta diminuição está relacionada com facto de que as mulheres optam por terem filhos mais tarde, encurtando o seu tempo de fertilidade e diminuindo o

número médio de filhos (Rosa & Chitas, 2010). Naturalmente estes dois aspetos são explicados por diversos fatores como a participação das mulheres no mercado de trabalho, decorrente de uma maior alfabetização.

Na verdade, a alfabetização dos portugueses é um dos maiores ganhos que se registaram na nossa sociedade. Analisando os dados estatísticos da PORDATA (2015) conclui-se que o sistema educativo é marcado claramente por um decréscimo do analfabetismo da população com 15 ou mais anos, pelo aumento da escolaridade, do número de mulheres no ensino superior, dos diplomados do ensino superior e de docentes do sexo feminino.

No entanto, estes avanços no sistema educacional foram morosos, pois só no ano 2009 é que foi instituída a escolaridade obrigatória até ao 12º ano (Rosa & Chitas, 2010). Não obstante, os dados da PORDATA (2015^e) mostram que enquanto na década de 60, estavam inscritos cerca de 13 mil alunos no secundário, no ano 213, o número de alunos neste nível de ensino aumentou para 398 mil. Em 1996 registou-se o maior número de alunos no ensino secundário, cerca de meio milhão de alunos.

No ensino superior também se registou um aumento do número de estudantes entre 1989 e 2003 (aproximadamente 329 mil). O ano em que ocorreu um maior número de alunos a frequentar data 2003 (400 mil alunos). Em 2013, o número de estudantes superiores permaneceu nos 371 mil.

Entre os anos 1990 e 2013 ocorreu, também, um aumento de docentes do sexo feminino (PORDATA, 2015^f). Em 2014, a percentagem de mulheres docentes do 1º ciclo era de 86%, do 2º ciclo 72%, do 3º ciclo e do secundário 71%. Acontece o mesmo, na frequência do ensino superior e no número dos diplomados (PORDATA, 2015^g). Cerca de 54% dos inscritos no ensino superior são mulheres, em 2013.

Muito embora o sistema de educação se tenha alargado, decorrente da legislação da escolaridade obrigatória, e se tenham registado grandes evoluções no sistema escolar, Rosa e Chitas (2010) afirmam que este sistema ainda está longe de “chegar aos calcanhares” de outras nações. Ainda existem muitos portugueses analfabetos. Em 2011, cerca de 895 mil indivíduos, a maioria do sexo feminino e com 65 anos ou mais, não possuía nenhum nível de escolaridade (INE, 2014).

Uma outra alteração que ocorreu na sociedade portuguesa diz respeito à diminuição do número de casamentos, sobretudo, os casamentos católicos.

De acordo com os dados da PORDATA (2015^h) o pico máximo de casamentos situou-se nos anos 1975 e 1976. Nos anos 1976 a 1998 e 2000 a 2014, ocorreu uma forte redução no número de casamentos. Passaram de 102 mil casamentos para 67 mil, em 1976 e 1998, e de 64 mil para 31 mil, em 2000 a 2014.

Para Rosa e Chitas (2010) as alterações no número dos casamentos portugueses devem-se ao facto de que nas décadas de 60 e 70, o desejo de ser progenitor preestabelecia uma condição prévia: um casamento católico. No período do Estado Novo, só tornava legítimo um casamento e um filho se este ocorresse num casamento católico.

Já em 2014, a percentagem de casamentos não-católicos representava 64% dos casamentos celebrados, assim como já não é uma condição prévia para se ter filhos (PORDATA, 2015ⁱ). Cada vez mais se observa filhos fora de casamentos (PORDATA, 2015^j) Em 2008, mais de um em três nascimentos ocorria fora de casamentos, número que rondava menos de um em cada 10 nascimentos fora do casamento, em 1960.

É ainda possível verificar que, também, se registou um aumento do número de uniões de facto de 194 mil, em 1991 para 381 mil em 2001 (Rosa & Chitas, 2010).

Uma outra característica dos casamentos portugueses é o facto de as pessoas o fazerem cada vez mais tarde (Rosa & Chitas, 2010). De acordo com os dados da PORDATA (2015^l) em 1960, a idade de casar situava-se nos 27 anos para os homens e 25 anos para as mulheres. Em 2014, passou para 32 anos para os homens e 31 anos para as mulheres. Além de mais tardio, o número de casamentos dissolvidos em divórcios aumentou de 749 divórcios, em 1960, para 23 mil, em 2014 (PORDATA, 2015^m).

Paralelamente a estas alterações registou-se uma diminuição da dimensão agregado familiar. Segundo os dados da PORDATA (2015ⁿ) entre 1983 e 2014 a dimensão média dos agregados domésticos diminuiu de 3,3 para 2,6 indivíduos. Segundo Rosa e Chitas (2010) atualmente a situação mais frequente das famílias portuguesas é a de “casal com filhos”. Em 2012, esta realidade ocupava 36 % das restantes famílias (PORDATA, 2015^o).

Para Rosa e Chitas (2010) a diminuição do número médio de pessoas por família pode ser compreendida à luz de três fatores, nomeadamente (1) a quebra do índice de fecundidade; (2) o aumento da monoparentalidade: em 1992, havia 204 mil agregados monoparentais, valor que aumentou para 411 mil, em 2013; e (3) o envelhecimento da população e aumento da esperança de vida, que por sua vez leva ao aumento do número

de agregados unipessoais: em 1992, havia 402 mil agregados unipessoais, já em 2014 existiam 851 mil agregados com apenas uma pessoa. Em grande medida, os agregados unipessoais são compostos por um idoso, que se vê, muitas vezes, confrontado com situações de isolamento habitacional, que podem levar a um isolamento social e/ou a experienciar solidão.

Estes progressos da sociedade portuguesa e todas as alterações no modo de vida das pessoas levaram a um aumento da esperança média de vida que juntamente com a diminuição da natalidade se manifesta num envelhecimento no topo e na base da pirâmide etária portuguesa.

De acordo com os dados estatísticos da PORDATA (2015^P) no ano 2014, o número de residentes idosos em Portugal ultrapassou o número de jovens. Em 2014 residiam em Portugal cerca de 1,6 milhões de jovens e 2 milhões de pessoas com mais de 65 anos. Se compararmos estes números com a década de 60 verificamos que o número de idosos tem vindo a aumentar consideravelmente por comparação ao número de jovens, uma vez que em 1960 residiam em Portugal cerca de 3 milhões de jovens e 708 mil pessoas com 65 ou mais anos.

Aliás esta desproporção entre jovens e idosos portugueses leva a que Portugal integre a lista dos países mais envelhecidos do mundo, algo que não se verificava há cinquenta anos atrás (Rosa & chitas, 2010). Este envelhecimento é visto, em princípio, como um fenómeno positivo, quer individual ou coletivamente, pois releva o progresso da sociedade. No entanto, este alargamento de horizontes de vida dos portugueses coloca desafios aos quais ainda não somos capazes de dar uma resposta eficaz, eficiente e digna.

Capítulo 3: Transição família – lar

3.1. Emergência dos serviços e equipamentos para as pessoas mais velhas

A par das mudanças habitacionais, económicas e culturais anteriormente referidas, desde a década de 70 a estrutura da instituição familiar tem vindo a sofrer, também, mudanças significativas. Como anteriormente referimos, atualmente a composição familiar caracteriza-se por ser maioritariamente nuclear, de uma ou duas gerações. Além disso, um número considerável destas famílias está unido pelo regime de casamento civil. Assim como há um número considerável de famílias monoparentais e de famílias com um só indivíduo, sendo que estes agregados são compostos, em grande medida, por um idoso.

Naturalmente todas estas alterações provocaram ao longo dos anos mudanças nas dinâmicas familiares. Enfraqueceram-se, assim, os laços de solidariedade e as trocas sócio familiares entre as gerações viram-se comprometidas (Guedes, 2012). A alteração da condição feminina e integração das mulheres no mercado de trabalho limitou a capacidade das gerações mais novas em cuidar dos mais velhos, uma vez que se reduziu o tempo disponível para acompanhar/cuidar do mais velho.

O próprio estatuto social do idoso sofreu alterações ao longo do tempo, contribuindo em grande peso, para a desvalorização dada aos mais velhos pela sociedade e consequentemente, a sua exclusão das várias esferas da vida familiar. Pimentel (2001) refere que se difunde a ideia que enquanto nas sociedades pré-industriais o idoso era uma pessoa com poderes e papéis hierárquicos, integrado na sociedade e protegido pela família, sendo esta extensa, da qual faziam parte várias gerações, nas sociedades contemporâneas, a família tende a encarar o idoso como um fardo, uma vez que este é improdutivo. Ser velho passa, então, a ser antónimo de beleza, vitalidade e juventude (Pimentel, 2001).

Porém, a autora alerta-nos para o facto de esta imagem dos antigos bons tempos ser irreal. Já no século XVIII as relações familiares se pautavam pelo calculismo, uma vez que, muitas das relações entre gerações se baseavam na transmissão de herança. Como a velhice “era uma situação excecional, rara e de duração breve” era o indivíduo que decidia livremente a sua entrada na velhice e por isso, as relações intergeracionais baseavam-se num acordo, em que a presença de uma herança criava uma obrigação de assistência dos adultos aos mais velhos (Pimentel, 2001, p. 56). Já quando o idoso não

tinha qualquer herança a transmitir aos seus descendentes era não só privado da relação com os filhos como permanecia só, trabalhando até à exaustão ou invalidez.

Como podemos concluir, a história não tem sido muito benevolente para os velhos e desengane-se quem pensa que no passado todos os idosos viviam com dignidade e eram respeitados. Aliás, fruto da indigência e da exclusão a que muitos idosos estavam sujeitos, a partir do século XIX, o Estado passou a intervir na arbitragem das trocas entre gerações, através da criação de políticas sociais de retaguarda à velhice, das quais se destacam as reformas e os equipamentos destinados aos mais velhos, nomeadamente, lares de idosos (Fernandes, 1997).

Inicialmente, a reforma era um privilégio de uma minoria da população que usufruía dela em função das suas escolhas. No presente, nas nossas sociedades, é uma instituição que abrange a quase totalidade da população ativa. Evolui-se, assim, não somente do ponto de vista do numérico, mas também da qualidade das condições assim proporcionadas aos reformados. Epinay (1991) refere que no presente, as pessoas reformadas podem encarar o seu futuro sem que o seu rendimento dependa do seu trabalho ou da sua capacidade para trabalhar. Os mais velhos não precisam de trabalhar até ao último dia para assegurarem a sua subsistência e dos seus descendentes. Do mesmo modo, não dependem das contestáveis ajudas da assistência pública ou da caridade privada - dois problemas que abalavam a reforma e as caixas de pensão até à segunda guerra mundial.

Não obstante, esta grande conquista social repercutiu e ainda reproduz graves problemas sociais, políticos e económicos do ponto de vista coletivo.

De acordo com Mendes (2011) aquando a institucionalização da segurança social, a demografia lidava com população jovem e expectava-se o crescimento económico. Porém, nos anos 80 e 90 o contexto político, económico e social mudou e os mais velhos passaram cada vez mais a ser um peso na população. No presente, as políticas sociais de retaguarda à velhice são mais caras do que no passado, pois por um lado aumentou o número de beneficiários e por outro, diminuiu o número de ativos. Assim, a demografia atual constitui uma ameaça à segurança social, sendo “objeto de muitas polémicas e confrontações sociais e políticas” (Mendes, 2011, p. 17).

Para além destas inquietações coletivas, a reforma traz consigo desafios individuais. Se por um lado, o antigo reformado sabia que já estava próximo o seu fim de vida, hoje devido ao aumento da esperança média de vida, o reformado está longe do seu fim e no limiar de uma nova vida. A reforma deixa, assim, de ser um tempo

dedicado ao descanso e passa a ser um tempo de viver, onde os indivíduos têm que se organizar, assumir um papel ativo, traçar objetivos e continuar a crescer (Pimentel, 2001).

No entanto, colocar em prática esta ideologia é difícil. Aliás, a sociedade exclui e estigmatiza aqueles que enquadram na categoria de reformados. Segundo Guillermand (2002) o Estado legitima a saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, através de políticas de pré-reforma e reforma, instaurando uma “idade” para esse efeito, menosprezando as capacidades e competências do indivíduo. Assim, vistos como improdutivos no mercado de trabalho, os mais velhos são, paradoxalmente, protegidos e excluídos pelo Estado. Se por um lado, beneficiam das pensões que substituem os rendimentos do trabalho após a saída da vida ativa, por outro lado, são colocados numa posição de vulnerabilidade, prevalecendo representações de improdutividade e dependência públicas.

A reforma reveste-se, assim, de desafios relacionados com os papéis que os mais velhos podem assumir, sobretudo em sociedades que elegem o trabalho como fator estruturante na identidade pessoal e social dos sujeitos (Guillermand, 2002).

Face a isto, os indivíduos vivem a sua reforma de forma diferente (Guillermand, 1972; 2002). Uns retraem-se, vivendo este período da vida tendo como finalidade a manutenção do processo biológico e satisfação das necessidades básicas a ele associadas. Outros ocupam o “seu tempo livre” com uma atividade significativa para si e que é socialmente reconhecida. O indivíduo ocupa o tempo anteriormente destinado ao trabalho assalariado, podendo retomar os seus interesses antigos.

Outros concentram-se na apropriação de bens socioculturais, podendo por um lado, se centrarem no consumo de massas ou, por outro, num consumo associado à esfera privada.

Outros, ainda, destacam os seus interesses, os seus direitos e as suas capacidades criativas, contestando a ordem social existente e as representações sociais atribuídas aos velhos. Por seu turno, outros vivem a sua reforma consoante as normas e valores da cultura dominante difundidos, maioritariamente, pelos *mass media* que, perpetuam a representação social dos idosos e a assunção desta pelos mesmos. Outros, por último, optam por se envolver, voluntariamente, em diversas atividades sociais e criativas, não mercantis, particularmente em contexto associativo, distinguindo-os dos restantes pelo exercício do direito e dever de cidadania.

Naturalmente, a forma como o indivíduo se adapta e vive a sua reforma depende da permanência, ou não, de diversos recursos acumulados a longo da trajetória de vida, dos quais se destaca a acumulação dos capitais. A título de exemplo, Guillermand (2002) diz-nos que quando um indivíduo se encontra nas classes mais desfavorecidas da sociedade, os recursos económicos são reduzidos e atividade profissional orienta-se para tarefas de execução. O indivíduo não encara o trabalho como uma oportunidade de estabelecer e estreitar relações com outros, antes pelo contrário, preocupa-se em rentabilizar economicamente o seu tempo. Consequentemente, esta postura leva a que na passagem para reforma o indivíduo se veja privado de sociabilidades que o apoiem nas suas necessidades físicas, sociais e psicológicas. A entrada numa instituição surge, assim, como a única alternativa para o bem-estar do idoso.

De facto, os resultados de vários estudos indicam que o isolamento, isto é, “a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efetivo em caso de maior necessidade” é o motivo mais frequente apontado pelos idosos para a entrada numa instituição (Pimentel, 2001, p. 73). A perda da independência e a falta de recursos económicos e habitacionais são outros motivos que estão na base do internamento (Pimentel, 2001; Guedes, 2012).

No entanto, sejam quais forem as circunstâncias que levam ao internamento, a entrada num lar representa uma mudança significativa na vida do idoso. Em alguns casos, este processo é dramático para o idoso, principalmente, quando não lhe é dada a oportunidade de tomar decisões (Pimentel, 2001). Porém, entrar numa instituição nem sempre foi uma alternativa, pois só após a Segunda Guerra Mundial é que o Estado criou equipamentos e serviços destinados à população em geral e para os mais velhos, em particular.

Segundo Pimentel (2001), no início, os lares eram a resposta social com maior implementação, uma vez que o internamento definitivo era a única possibilidade de apoio formal. Todavia, muitos destes idosos apenas necessitavam de algum apoio temporário e neste sentido, o Estado criou um conjunto de serviços de proximidade, nomeadamente, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Convívio e Centros de Dia e de Noite.

Do ponto de vista estatístico entre 2000 e 2013 verifica-se que as principais valências dirigidas aos mais velhos (centro de dia, estrutura residencial para idosos, serviço de apoio domiciliário e centro de convívio) registam um grande desenvolvimento, refletindo-se em mais 2 300 respostas (Carta Social, 2013). Em

primeiro lugar, o SAD com um aumento de 66%, seguindo-se a Residência e Lar de Idosos com 55% e o Centro de Dia (32%).

A par do aumento do número de respostas sociais registou-se, também, um aumento na capacidade das mesmas, na ordem dos 53%, isto é, mais 95 700 lugares, dos quais 52 700 lugares dizem respeito ao SAD. Em contrapartida a estes crescimentos, entre 2000 e 2013, a taxa de utilização das principais ofertas tem vindo a diminuir, facto que se pode explicar pelas dificuldades económicas e financeiras das famílias que escolhem soluções mais baratas, como a prestação de apoio por familiares (Carta Social, 2013).

Não obstante a sua antiguidade a Estrutura Residencial para Idosos é a resposta social de retaguarda à velhice com maior taxa de utilização (90,1%), seguida do Centro de Dia (89,9%) e Centro de Convívio (82,9) (Carta Social, 2013).

Apesar da diversidade de equipamentos e serviços existentes, Pimentel (2001) refere que estes são insuficientes para atender às necessidades dos mais velhos. Por um lado, as listas de espera são extensas e, por outro, os serviços prestados aos mais velhos nem sempre promovem na sua plenitude o seu bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo.

3.2. Viver num lar de idosos: desafios à preservação das sociabilidades

Analisar o funcionamento e quotidiano de um lar de idosos implica, desde logo, apropriarmo-nos do conceito de instituição totalitária desenvolvido por Goffman em 1961. Goffman (1996) entende por “instituições totais” locais onde se encontram indivíduos em situações de semelhança, isolados da sociedade e que têm uma vida formalmente administrada. Uma das principais características destas instituições é a inexistência e “rutura das relações sociais com o exterior” (Fernandes, 1997, p. 146). Segundo Goffman (1996), nas “instituições totais”, as atividades quotidianas estão rigorosamente estabelecidas, obedecendo a regras e horários, definidos por elementos superiores. Do mesmo modo, são definidas com base num plano racional que cumpra os objetivos da instituição.

Assim, tendo como referência este conceito, procuraremos ao longo do presente texto analisar o funcionamento dos lares dos idosos e em que medida estes podem apresentar traços semelhantes aos das instituições totais.

Embora com o passar dos anos os lares de idosos tenham sofrido profundas alterações e a designação de asilos tenha desaparecido, os espaços persistem (Fernandes,1997). Hoje, eles são intitulados de Estruturas Residenciais para Idosos. Contudo, a vida social dos internados continua, em alguns casos, a apresentar características semelhantes às das relações sociais vivenciadas nas instituições totalitárias, isto é, são reduzidas ou escassas e superficiais.

Aliás, os resultados de um estudo a um lar realizado por Guedes (2012) cujo objetivo era compreender as modificações identitárias dos idosos institucionalizados, indicam que apesar das relações sociais dos residentes com a família, vizinhos e amigos assumirem um papel de apoio na adaptação do idoso à vida institucional e evidenciarem a sua capacidade de manutenção e contacto com o exterior, com a entrada numa instituição estas apresentam uma redução generalizada quer em número, quer em intensidade (Guedes, 2012).

Esta redução é despoletada por variados motivos que serão, agora elencados e analisados. Em primeiro lugar, destacamos o modo como o idoso entra para uma instituição. Segundo Pais (2006, p. 164), os idosos entram para um lar por empurrão, quando os familiares assim o decidem ou por negociação, quando os próprios idosos não querem ser um “fardo” para os familiares ou não recebem a ajuda pretendida, encarando o internamento como algo inevitável ou “mal menor”. Uma vez no lar, os laços conviviais entre idosos e familiares, amigos e vizinhos tendem a sofrer uma diminuição ou rutura, que segundo Pais (2006) dá origem a uma desvinculação social.

Um outro fator que contribui para a redução dos contactos sociais entre o idoso institucionalizado e os familiares/amigos/vizinhos diz respeito às lógicas de funcionamento institucional, mais concretamente, ao reduzido nível de estímulo à participação dos familiares nas dinâmicas do lar (Guedes, 2012)

Normalmente, a família apenas é contactada pontualmente ou em épocas festivas (Guedes, 2012). Assim como, quando um familiar/amigo/vizinho visita um residente, os colaboradores da instituição não desenvolvem nenhuma atividade que promova a relação entre o visitante e o idoso. A autora constatou que no lar que estudou por vezes, o visitante limitava-se a estar sentado ao lado do idoso a olhar para a televisão.

No entanto, outros aspetos poderão contribuir para a redução de contactos entre os idosos e a família/amigos/vizinhos, nomeadamente, as regras estabelecidas em relação às visitas, isto é, o local onde os utentes podem receber os seus visitantes e o horário das visitas (Guedes, 2013). Normalmente é desencorajado receber visitas nos

quartos, quer pelas questões que levanta por causa da partilha de quarto com outros utentes, quer por questões de segurança.

Esta prática contribuiu para a superficialidade das relações entre os idosos e os seus visitantes. Por receio de partilhar confidências num local onde se encontram outros residentes, o utente vê-se, assim, privado de estreitar as relações com os visitantes (Pais, 2006). Para além disso, receber vistas num espaço coletivo pode criar relações conflituosas entre os idosos que recebem visitas e os que não recebem visitas de familiares/amigos/vizinhos, uma vez que estes últimos sentem inveja dos primeiros.

Apesar destas desvantagens, receber visitas na sala de convívio promove o estabelecimento de novas relações com outros utentes para além do idoso visitado. Aliás, Guedes (2012) salienta o facto de que na sua observação, os familiares dos idosos visitados cumprimentam e conversavam com outros utentes que se encontravam no mesmo espaço, sem a visita dos familiares.

A respeito das visitas, Pais (2006) chama a atenção que receber visitas nem sempre é um momento positivo, que contribui para o bem-estar do idoso, uma vez, que podem ocorrer discussões entre o visitado e o visitante. De acordo com o autor, tais discussões surgem de “ajustes de contas, défices de afeto, contabilidade de trocas: o que te dei, o que me dás” (p. 165). Consequentemente, estas discussões intrafamiliares são objeto de conversa entre os restantes residentes.

Um outro fator dissuasor de visitas prende-se com o horário de visitas, que em alguns lares de idosos é muito rigoroso. Para além disso, poderão estar estabelecidos os dias possíveis para visitas. Esta inflexibilidade poderá ser dificilmente contornada pelos familiares/amigos/vizinhos do institucionalizado que trabalham ou que residem distante da instituição, podendo culminar no completo abandono do idoso. Aliás, no estudo já referenciado, cerca de 10% de idosos nunca são visitados, cerca de 45% são visitados pelo menos uma vez por semana e percentagem idêntica de idosos é apenas visitada pontualmente (Guedes, 2012). São sobretudo os filhos, as pessoas que visitam mais os residentes, seguindo-se as noras/genros e os netos, irmãos ou sobrinhos e mais raramente, os amigos e vizinhos.

É certo que os reduzidos contactos pessoais não são desculpa para o idoso não contactar com familiares/amigos/vizinhos, uma vez que estes podem ser substituídos por contactos telefónicos. No entanto, Pais (2006) refere que frequentemente, os familiares/amigos/vizinhos idosos socorrem-se destes para evitar o contacto pessoal com o idoso. Assim, os idosos habituem-se a substituição de visitas por telefonemas, o

que ainda é pior quando os idosos têm problemas de audição. Segundo o autor, a aceitação desta intimidade à distância surge do facto de os idosos saberem que se se queixarem da situação alimentarão mais tensões e, sobretudo, cair num abandono completo.

A superficialidade das relações é, também, visível entre os institucionalizados e entre estes e os funcionários. Relativamente às relações entre os institucionalizados, o funcionamento do lar é um dos principais potenciadores da criação de obstáculos à proximidade e construção de relações estreitas entre estes, quando a admissão, o acolhimento e a adaptação do indivíduo à instituição não é um processo pensado com e para o idoso.

Por norma, os processos de admissão, chamados por Goffman (1996) de “processos de arrumação ou programação” passam por várias etapas (exemplos: registo de informações básicas sobre o internado, tirar uma fotografia, enumerar e catalogar bens pessoais, atribuir roupas institucionais, instruir o internado relativamente às regras e designar um lugar para o internado) que, normalmente dependem da situação física, psicológica e social do internado e ignoram as bases anteriores de autoidentificação do indivíduo. Aliás, nesta etapa, e durante toda a institucionalização o respeito pelo residente baseia-se na sua condição de saúde e cognitiva (Singly & Mallon, 2000). Assim, uma pessoa dependente ou cognitivamente afetada é menos valorizada que uma pessoa independente ou sem défices cognitivos, principalmente no que diz respeito à intimidade pessoal e à propriedade do espaço a que tem direito (Guedes, 2012).

Na etapa de admissão, Guedes (2012) salienta o facto de que a maioria dos residentes quando entra num lar apenas se faz acompanhar da sua roupa pessoal e objetos pessoais, como por exemplo, fotografias da família. Os objetos de maior dimensão não podem ser transportados para o lar, privando-os, assim, de viver num ambiente que lhes seja o mais semelhante ao familiar.

Após o preenchimento de todos os rituais de admissão segue-se o acolhimento do indivíduo, que novamente não é trabalhado com o indivíduo e com os restantes residentes. Na maioria das instituições, a apresentação do novo utente aos restantes é muito superficial (refere-se o nome e a naturalidade), sendo realizada num momento mais solene (refeição, atividade, entre outros) ou então, nos lares maiores, circunscreve-se aos colegas de piso, quarto ou mesa, sendo que o conhecimento das restantes pessoas se fará gradualmente (Guedes, 2012). Este aspeto que, à primeira vista, pode parecer

anódino mostra logo à partida o desinvestimento dos colaboradores na promoção das sociabilidades entre os residentes e dificulta a adaptação do idoso a esta nova realidade.

De facto, nos primeiros tempos o novo residente tem dificuldade em conviver com pessoas que não conhece. É amplamente sabido, que os momentos iniciais numa instituição estão carregados de simbolismo, sendo que os indivíduos são obrigados a aceitar ou a rejeitar este novo contexto de vida, que é, desde logo, marcado por um funcionamento, por regras e por horários, previsivelmente diferentes ao passado do indivíduo (Guedes, 2012). A autora refere que, face a estes aspetos, o indivíduo adota determinadas posturas com o intuito de se adaptar melhor a esta nova realidade e mais tarde, obter o reconhecimento coletivo.

Com o avançar do tempo, o residente mobiliza estratégias de adaptação, que na sua maioria, não promovem a sua integração social. Antes pelo contrário, contribuem para o isolamento e/ou a solidão. São elas o retraimento de si próprio (estratégia adotada com mais frequência pelos que já estão no lar há mais tempo e com a saúde comprometida), o anonimato (estratégia adotada pelos residentes que procuram passar por despercebidos e por isso passam pouco tempo no lar), a diferenciação (estratégia levada a cabo pelos residentes que têm a necessidade de reconhecimento dos colaboradores ou outros idosos), a conversão (residentes que procurar adotar e agir de acordo com a opinião dos colaboradores, esforçando-se para serem considerados os institucionalizados perfeitos) e a individualização (os residentes afastam-se dos outros do ponto de vista social e espacial) (Guedes, 2012). De acordo com a autora, esta última estratégia exemplifica o que se passa com a maioria dos residentes mais dependentes fisicamente e com as suas capacidades cognitivas comprometidas.

Na verdade, **o coletivo tende a excluir estes últimos idosos, possivelmente, porque são o espelho do seu possível futuro - a dependência-, porque receiam a finitude da vida e/ou estabelecer um compromisso que irá ser interrompido com a chegada da morte** (Singly & Mallon, 2000).

A finitude da vida é um receio muito frequente nos idosos institucionalizados e visível nas várias estratégias de recalcamento da morte utilizadas pelos idosos. De acordo com os resultados de Guedes (2012), as estratégias são: os idosos evitam a morte: não falando deste tema; afastam a morte: evitando os locais do lar associados à morte, como as enfermarias; e diminuem ou cortam o contacto com os que estão próximos da morte. Para os idosos institucionalizados, este afastamento é visto como positivo, uma vez que quando a autora questionou os idosos sobre os seus sentimentos

em relação à morte dos outros residentes, os participantes no estudo da autora referiram que assim quase nem se apercebem da morte dos outros e não se confrontam constantemente com a morte nem com o sofrimento que ela causa.

Um outro fator dissuasor do estabelecimento de amizades entre os institucionalizados relaciona-se com as consequências que a proximidade e convivência com os outros repercute na vida do institucionalizado, isto é, a convivência com os outros força a partilha de informação, que por sua vez pode levar à perda de intimidade e individualidade (Singly & Mallon, 2000). A estes aspetos acresce o medo da revelação de segredos, de coscuvilhices e de críticas negativas (Pais, 2006).

Assim, face a estes receios, os idosos institucionalizados acabam por reduzir o discurso ao mínimo necessário, refugiam-se em espaços que apelam à intimidade como o quarto (Singly & Mallon, 2000) ou, então, buscam um relacionamento com entidades divinas, nas quais não se colocam entraves ao convívio, uma vez que estão sempre disponíveis (Pais, 2006).

Agudiza-se, assim, o isolamento e a superficialidade das relações, que normalmente apenas se estabelecem entre aqueles que se encontram sempre no mesmo espaço e/ou que partilham a mesma condição física/cognitiva (Singly & Mallon, 2000).

De acordo com a autora, a vida quotidiana nos lares de idosos é civilizada, uma vez que são postas em prática as boas maneiras (por exemplo: os residentes saúdam quem passa por elas), mas por seu turno é vazia. As relações entre os residentes não se caracterizam como próximas e fortes e não existe um sentimento de comunidade (Singly & Mallon, 2000).

Esta realidade é igual no que diz respeito às relações que os colaboradores estabelecem com os residentes. Aliás, os resultados do estudo de Guedes (2012) mostram que as relações entre os colaboradores e os residentes se pautam pela superficialidade e hierarquia. Estes resultados estão em conformidade com o que Goffman (1996) verificou no seu estudo, isto é, nas instituições com graus maiores de totalitarismo assiste-se a uma divisão dos membros: os internados e os colaboradores, existindo uma grande distância social entre ambos.

Em termos de comunicação entre estes dois grupos, Goffman (1996) diz-nos que embora se assista a uma certa comunicação entre os internados e a equipa, esta

comunicação é restrita em relação aos níveis mais elevados da equipa dirigente. Do mesmo modo, a transição de informação e o contacto entre os dois grupos é limitada.

A definição das regras, normas e atividades cabe à direção técnica. Geralmente, os internados não têm conhecimento das decisões dos dirigentes sobre a instituição e consequentemente, sobre o seu destino, uma vez que não há um conselho de residentes e não há reuniões com os residentes.

O fosso entre a equipa dirigente e os residentes é visível, ainda, na rara presença dos primeiros no quotidiano dos segundos. De facto, são raras as vezes que se verifica a presença dos elementos que pertencem à equipa dirigente numa instituição. Apenas em circunstâncias especiais, como é o caso dos dias festivos, é possível constatar a presença de alguns destes elementos no lar (Guedes, 2012). E mesmo nestes momentos a interação entre os idosos e os dirigentes é muito reduzida.

Em relação aos funcionários que trabalham diretamente com os idosos, Guedes (2012) refere que estes apenas interagem com os residentes em breves momentos do dia, dedicando o resto do tempo a tarefas instrumentais, durante as quais a interação entre ambos é muito reduzida ou até mesmo inexistente.

A autora salienta que a interação entre residentes e colaboradores é muito unidirecional e começa com o despertar, que no caso dos utentes mais dependentes e acamados é totalmente determinado pelas funcionárias. São as funcionárias que determinam a ordem, os horários e as etapas da higiene pessoal. É muito raro perguntar-se ao idosos a que horas se pretende levantar, tomar banho, vestir-se e o que pretende vestir. Assim, Guedes (2012) afirma que estes momentos de prestação de cuidados contribuem para a fragilização da identidade do indivíduo e fomentam reações defensivas que aceleram o processo de envelhecimento, uma vez que não salvaguardam a privacidade do indivíduo, não promovem a sua participação no processo de cuidado, nem a opção por escolhas, e não valorizam a componente do indivíduo enquanto ser relacional e de afetos, preocupando-se apenas com o apoio instrumental.

Após a higiene é servido o pequeno-almoço. Mais tarde o almoço, o lanche e o jantar. Geralmente, os mais dependentes e acamados fazem a refeição no quarto e os independentes na cantina/refeitório, agudizando-se, mais uma vez, o fosso entre os idosos independentes e dependentes.

Normalmente, no intervalo entre as refeições, os residentes participam em atividades socioculturais, refugiam-se em espaços privados, ou então, encontram-se nas salas de convívio a ver televisão (Pais, 2006; Singly & Mallon, 2000; Guedes, 2012).

Por norma, as atividades socioculturais abrangem, aulas de ginástica, trabalhos manuais e jogos (Santos, 2014). São atividades totalmente planeadas e orientadas pelos técnicos da instituição. Segundo Singly e Mallon (2000) a maioria das atividades que se realizam nestas instituições não promove o desenvolvimento da curiosidade e interesse pelas “coisas da vida”, ou seja, atividades socialmente úteis ou geradoras de bem-estar e elevação cultural, não promovem a criação de relações fortes entre os residentes, antes pelo contrário, servem como uma estratégia para alguns idosos afirmarem a sua sanidade mental. Em qualquer atividade proposta, os residentes independentes dão-se a conhecer a quem a organiza, procurando obter um crédito de pessoa “normal” e capaz.

Em relação ao refúgio no quarto, Guedes (2012) refere que esta é uma alternativa usada sobretudo pelos idosos de boa saúde e independentes, como forma de autoproteção contra a angústia que decorre da observação da tragédia dos dependentes. O quarto é visto como que um lugar sagrado e por isso quem lá vai deve seguir um ritual de entrada, isto é, respeitar a regra do bater à porta, o que nem sempre é acatado pelos familiares ou pessoal da instituição (Singly & Mallon, 2000; Guedes, 2012). Quanto mais o idoso for dependente, mais o pessoal parece não respeitar esta regra (Guedes, 2012). Inconscientemente, esta falta de respeito revela a relação de domínio e poder exercido dos segundos sobre os primeiros. Assim, não será difícil, pois, que as pessoas independentes possam associar o aumento de problemas físicos e psíquicos à diminuição do respeito (Singly & Mallon, 2000)

Passar o tempo na sala de convívio é uma alternativa partilhada pelos residentes independentes e dependentes. Para Pais (2006), alguns idosos independentes, os chamados teledependentes, recorrem à sala de convívio, mais concretamente à televisão, como forma de colmatar a solidão. Na falta de relações qualitativamente eficientes, os apresentadores dos programas da televisão passam a constituir família e companhia dos idosos. Porém, o autor refere que esta companhia acaba por consagrar a solidão.

Não obstante, a sala de convívio ser um espaço utilizado por alguns residentes independentes, é a alternativa de “passar o tempo” mais comum nos idosos dependentes, até porque estes pela sua incapacidade funcional são levados pelos funcionários diretamente do quarto ou refeitório para a sala de convívio. Na sala de convívio ocupam o “seu lugar”, que normalmente se localiza nas extremidades da sala com a justificação de não dificultarem a deslocação das pessoas e dos objetos (Guedes, 2012).

Durante todo o dia, os idosos dependentes não têm qualquer poder de decisão em torno da sua vida. São os colaboradores que tomam as decisões por eles próprios. Evidencia-se, assim, o que Pais (2006) afirma: “em alguns lares de idosos escasseiam mecanismos de poder para que os idosos possam impor os seus desejos e defendê-los. Nem sequer para se fazerem respeitar” (Pais, 2006, 163).

De facto, e em jeito de conclusão, podemos dizer que as práticas dos colaboradores, muitas vezes orientadas pelos regulamentos institucionais não definidos com os idosos e **o quotidiano rigidamente regulamentado e ritualizado** que encara o residente apenas como um recetor de serviços, **não promove a construção de relações de qualidade, intensas e significativas entre todos os elementos da instituição.** Nestas instituições “**não existe partilha de afeto, quando muito existe civilidade, boas maneiras e um enorme vazio**” (Singly & Mallon, 2000, p. 242). **Nos lares de idosos estão presentes o individualismo, a insolidariedade, o isolamento e a solidão** (Singly & Mallon, 2000; Pais, 2006; Guedes, 2012), sobre a qual nos debruçaremos no tópico seguinte.

Capítulo 4: Solidão - conceito e definições, determinantes e consequências

Ao longo das últimas décadas, a população e o seu modo de vida tem vindo a sofrer alterações. Independentemente da idade, essas mudanças têm impactos preponderantes na vida das pessoas. No caso da velhice, estas alterações poderão desencadear o processo de institucionalização, analisado no tópico anterior, e/ou em simultâneo a experiência de solidão, que de acordo com Pais (2006) está muito presente na vida dos idosos institucionalizados. Aliás, o autor refere que os idosos despejados nos lares apenas compartilham, frequentemente, esse sentimento de solidão.

A respeito da solidão, na sociedade difunde-se a ideia de que a solidão tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas por todas as razões referidas anteriormente. Paradoxalmente, uma investigação desenvolvida por Dykstra (2009) revela que os níveis de solidão têm vindo a diminuir, o que leva os investigadores a identificarem os motivos que justifiquem tal ocorrência.

De facto, na velhice a solidão é muitas vezes apontada como um problema com bastante expressão numérica. No entanto, os resultados de um estudo português realizado por Paúl e Ribeiro, no ano 2009, a 1226 participantes com idades entre 50 a 101 anos, que objetivava analisar a prevalência de solidão na comunidade e as circunstâncias que contribuíssem para a solidão, indicam que, em termos de prevalência, 4,6% dos inquiridos referiram sentir sempre solidão e 11,7% sentem frequentemente solidão. Embora 7% dos participantes apresentem baixas redes sociais, a prevalência de solidão no estudo foi de 16,3%.

Neste sentido, procurando corroborar as premissas que rodeiam este constructo e atendendo aos objetivos a que nos propusemos analisar, neste tópico será abordado a solidão na velhice, mais concretamente, o conceito e definições, as determinantes e as suas consequências.

Fazendo uma revisão a diversos estudos e autores, conclui-se que a solidão é um constructo com múltiplas definições e que tem sido analisado de diversos modos. O autor Jong-Gierveld (1989, p. 91) define a solidão como “uma situação vivida pela pessoa, onde está presente uma experiência desagradável ou inadmissível devido à falta de (ou qualidade de) certos relacionamentos”. Para o autor, a solidão é vista como o resultado da forma como a pessoa percebe, experiencia e avalia o seu isolamento e a falta de comunicação com as outras pessoas. Ora, nesta definição, a solidão é vista

como um fenómeno multidimensional e por isso o autor refere que nela se distinguem três dimensões. São elas a privação, a perspetiva de tempo e os aspetos emocionais. Na primeira dimensão, a privação, a solidão resulta da ausência de intimidade, vazio ou abandono. A perspetiva de tempo refere-se ao facto de o indivíduo encarar a solidão como um sentimento alterável ou imutável. A terceira componente diz respeito às emoções presentes na solidão, nomeadamente, a tristeza, a vergonha, a culpa, a frustração e o desespero.

Comumente, o conceito de isolamento social é utilizado como sinónimo de solidão. No entanto, embora o isolamento social objetivo e a solidão sejam mediados por diversos fatores (e.g. disponibilidade das relações), tratam-se de conceitos diferentes e, por isso, é importante fazer-se a sua distinção (Jong-Gierveld, 1989). De acordo Dykstra (2009, p. 92) “a solidão é uma experiência subjetiva negativa, ao passo que isolamento social é a condição objetiva de não ter laços com os outros”.

Um outro sinónimo que se frequentemente é associado à solidão é o conceito “estar sozinho”. No entanto, este não permite avaliar a solidão do indivíduo, pois Pais (2006) refere que mesmo vivendo sozinho o indivíduo pode não se sentir solitário. Aliás, de acordo com o autor, o “estar só” não é necessariamente negativo, uma vez que pode ser a expressão de liberdade de alguém que quer estar só, como é o caso dos poetas e devotos da idade medieval que se retiravam do seu trabalho para refletirem ou, então, dos sem-abrigo que optam por habitarem sós.

Pais (2006) diz que se pode sentir maior desamparo quando se está rodeado de pessoa do que quando se está mais solitário. Assim, a solidão pode ser vivida quando se está na presença com outras pessoas insignificantes, como é o caso do lar de idosos.

Neste sentido, a solidão não está dependente da presença ou ausência física, mas antes da qualidade da relação que o indivíduo tem ou, não, com o outro. Deste modo, para Pais (2006) a solidão pode cobrir diferentes situações, nomeadamente, a solidão gerada pelo ressentimento, pela perda de alguém significativo, pela disjunção, pela procura, pela possessão, pela depressão, pela indiferença e pelos excluídos da sociedade, nomeadamente, os velhos rejeitados e abandonados nos lares.

De acordo com Pais (2006, p. 354), a solidão do ressentimento está relacionada com o facto das “pessoas cujo desejo de amor em relação a outros foi ferido ou perturbado de tal modo” que mais tarde revivem a experiência e sentem novamente esses golpes. Num polo oposto, a solidão da perda é provocada pela falta de alguém

com quem o indivíduo tinha um relacionamento exemplar, como por exemplo, o cônjuge.

A solidão da disjunção traduz-se na “desunião do que outrora foi uno” (Pais, 2006, p. 354). Com algumas afinidades a este tipo de solidão encontramos a solidão da indiferença, que é o resultado da falta de significado que uma pessoa sente relativamente às pessoas que a rodeiam. Esta indiferença está presente no modo como as pessoas com mais recursos olham para as que têm menos recursos.

Por oposição à solidão da indiferença, a solidão da procura caracteriza-se pela procura e criação de redes de comunicação. Atendendo ao facto das sociedades contemporâneas se caracterizarem pela individualidade, verificam-se perdas relativas ao sentimento de pertença. Neste sentido, o indivíduo procura a conexão com o outro como forma de combater a dessocialização. Quando o outro não assume o papel esperado, pode despontar um desconforto/deceção e consequentemente, originar o sentimento de solidão.

A solidão possessória é aquela que se orienta para o preenchimento “do ser com o delírio do ter” (Pais, 2006, p. 355). Contrariamente, a solidão dos desapossados, está relacionada com a privação de bens de subsistência.

Já a solidão depressiva é o resultado das falhas de encontro “com os outros ou consigo próprio” (Pais, 2006, p. 355). A solidão por opção, como próprio nome diz, refere-se a uma escolha individual. O indivíduo mergulha em si, no seu mundo interior, redescobrimo a sua identidade e renovando o seu sentimento de pertença.

Por último, a solidão da descrença caracteriza-se pela ausência de afetos e de esperança. Segundo o autor, esta solidão é característica dos idosos acamados e próximos da morte, que normalmente se encontram em espaços afastados dos restantes idosos institucionalizados.

Com algumas semelhanças a estes tipos de solidão, Pedrozzo e Portella (2003, p. 174, 175, 176) apresentam o significado de solidão através de cinco categorias, nomeadamente: (I) “aflicção sentimental”, que impede que o indivíduo pense no dia seguinte e pode ser acompanhada por quadros depressivos ou momentos em que o indivíduo se sente deprimido; (II) “em momentos de revisão de vida”, onde o indivíduo reflete sobre os factos da vida, não sendo necessariamente encarados como momentos negativos, uma vez que são oportunidades para reformular ideias e pensamentos; (III) “num vazio deixado pelas perdas” que vão ocorrendo ao longo do processo de

envelhecimento; (IV) “num sentir-se só mesmo acompanhado”; e (V) em “não ter sonhos nem propósitos”.

Uma outra tentativa de definição de solidão passa pela perspectiva de Young e Colaboradores (1978, cit in Jon-Gierveld e Raadschelders, 1982). Para os autores existem três tipos de solidão, nomeadamente, (I) a solidão crónica, que ocorre quando o indivíduo não está capaz para estabelecer e desenvolver relações sociais que o satisfaçam; (II) a solidão situacional, que resulta do surgimento de um acontecimento de vida que origina stress (exemplo: morte de alguém significativo); e (III) a solidão transitória, que se caracteriza por breves períodos de solidão.

Por ultimo, para Weiss (1973, cit in Dykstra, 2009) faz todo o sentido distinguir solidão social de solidão emocional, podendo a segunda ser uma consequência da primeira. A solidão emocional resulta da falta de proximidade e intimidade com alguém significativo para o indivíduo (exemplo: companheiro), enquanto a social está relacionada com a falta de uma rede social ou com a insatisfação do indivíduo em relação à sua rede social.

Concluindo, apesar da diversidade de definições do conceito, na maioria as definições apontam para o facto de que a solidão resulta de deficiências qualitativas nas relações sociais da pessoa.

Do mesmo modo que o conceito de solidão, as determinantes da solidão são diversas. Jong-Gierveld (1989) afirma que é impossível identificar todas as determinantes da solidão, pela dificuldade em separar as causas das consequências.

Referências da literatura associam o envelhecimento à solidão. No estudo realizado por Paúl e Ribeiro, no ano 2009, os resultados indicam que a solidão aumenta com a idade, isto é 9,9% no grupo etário dos 50-64 anos, 16,3% no grupo dos 65-74 anos, 20,9% no grupo dos 75-84 anos e 26,8% no grupo dos 85 ou mais anos.

Em conformidade com esta constatação, resultados de estudos longitudinais sobre a solidão apresentam um padrão semelhante – **a prevalência de solidão aumenta nos muito velhos**. Especificamente, num estudo realizado na Holanda a prevalência de solidão aumentou drasticamente nos muito idosos (Dykstra, Tilburg & Gierveld, 2005; cit in Dykstra, 2009). Porém, nos resultados do estudo de Samuelsson, Andersson e Hagberg (1998, cit in Dykstra, 2009) não se observaram praticamente diferenças entre os indivíduos com 60 a 80 anos. Dykstra (2009) refere que é necessário atender ao facto

que estes resultados poderão estar relacionados com a reduzida amostra (143 participantes).

Um outro fator associado à solidão é o sexo. **As mulheres referem sentir-se mais solitárias (20,4%) do que os homens (3,7%)** (Paúl & Ribeiro, 2009).

Simultaneamente, a solidão varia de acordo com a escolaridade. **As pessoas analfabetas sofrem mais de solidão (25,8%)** (Paúl & Ribeiro, 2009).

Um outro fator associado à solidão é o estado civil. De acordo com Paúl e Ribeiro (2009), **a solidão é mais frequente nos viúvos (30,6%), seguindo-se nos solteiros (15,8%) e nos casados (9,2%).**

O estado de saúde e a funcionalidade são outros fatores associados à solidão. Segundo Paúl e Ribeiro (2009), as pessoas idosas que consideravam a saúde como fraca ou muito fraca apresentavam maior solidão (78,7%), seguindo-se as que consideram a saúde como razoável (13,7%) e boa e muito boa (11,3%). Do mesmo modo, a solidão é mais frequente em indivíduos com problemas de saúde, nomeadamente em indivíduos com dois a três problemas de saúde (43,4%) por comparação a indivíduos sem problemas de saúde (10,2%).

Em relação à partilha de casa, os resultados do estudo dos autores indicam que a solidão é maior em pessoas que vivem sozinhas (32,1%) e que vivem com filhos (19,5%), do que em pessoas que vivem com o conjugue (10,4%) ou com outros (10,3%) (Paúl & Ribeiro, 2009).

Já num estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados realizado por Barroso (2006) a institucionalização surge como um potenciador de solidão, uma vez que os resultados do estudo indicam que os idosos institucionalizados apresentaram maiores níveis de solidão por comparação aos idosos não institucionalizados. Singly e Mallon (2000) acrescentam a ideia que dentro de uma estrutura residencial para idosos, **os idosos mais dependentes sofrem mais de solidão comparativamente aos independentes**, devido às lógicas institucionais e mecanismos e de proteção abordados no capítulo anterior.

O défice cognitivo é uma outra causa de solidão. Os resultados do estudo de Ribeiro e Paúl (2009) indicam que as pessoas que tinham défice cognitivo apresentavam mais solidão (33,3%) do que as que não tinham (14,6%).

Para Fees, Martin e Poon (1999) o funcionamento cognitivo pode assumir o papel amortecedor ou promotor de solidão. Isto é, embora possam ocorrer perdas ao longo da velhice, um indivíduo com elevado nível cognitivo pode contornar essas

perdas e encarar situações para além da sua. Por seu turno, o indivíduo com um elevado desempenho cognitivo pode pensar em atividades que não pode fazer e isso ser uma fonte de frustração no seu dia-a-dia.

Muito mais do que se definir e identificar as determinantes de solidão, a investigação tem procurado conhecer as consequências da solidão nos idosos nos domínios biopsicossocial, como forma de traçar roteiros de intervenção preventivos ou remediativos.

Para Jong-Gierveld (1989), a solidão pode traduzir-se na diminuição do bem-estar na forma de depressão, em problemas de sono, em perturbações de apetite entre outros problemas. Para o autor, a solidão é a causa de hospitalizações, de institucionalizações, do consumo excessivo de álcool, da perda de autoestima, da ansiedade e stress.

II. ESTUDO EMPIRICO

Capítulo 1: Considerações metodológicas

Neste capítulo serão apresentadas as hipóteses de investigação, os objetivos, o método utilizado, as técnicas e instrumentos de recolha de dados e os procedimentos tidos em conta na realização do estudo.

1.1. Hipóteses de Investigação

Embora ao longo do enquadramento teórico as hipóteses de investigação apareçam a negrito, como forma de chamar a atenção do leitor para o referido retomámo-las, novamente:

Hipótese 1: Os residentes muito velhos sofrem de solidão (Dykstra, 2009)

Hipótese 2: A solidão é maior nas mulheres que nos homens (Paúl & Ribeiro, 2009);

Hipótese 3: A solidão é maior nas pessoas com menos escolaridade (Paúl & Ribeiro, 2009)

Hipótese 4: A solidão é maior nos viúvos e nos solteiros (Paúl & Ribeiro, 2009)

Hipótese 5: O confronto com idosos dependentes e com a morte de outros residentes dificulta a construção de laços fortes e acentua o sentimento de solidão nos idosos institucionalizados (Singly & Mallon, 2000; Guedes, 2012).

Hipótese 6: Quanto mais as rotinas e as regras da instituição se assemelham a uma “instituição totalitária”, mais os idosos se sentem sós (Goffman, 1996);

Hipótese 7: Os mais dependentes vivenciam mais solidão (Singly & Mallon, 2000)

1.2. Objetivos do estudo

Atendendo ao facto de que a solidão depende da qualidade do relacionamento que se tem, ou não, com o outro e que como já vimos anteriormente, a entrada e permanência numa instituição tem repercussões na vida social do indivíduo, torna-se relevante o estudo de um lar, das condições que proporciona e das suas lógicas de funcionamento, tendentes, ou não, à preservação ou até reforço das sociabilidades dos idosos, como estratégia de combate à solidão. Neste enquadramento, são nossos objetivos diagnosticar quais as características dos idosos que vivenciam sentimentos de solidão e perceber se as práticas institucionais acentuam ou contrariam esse sentimento.

1.3. Método

Atendo aos objetivos do presente estudo, a dissertação seguiu o método estudo de caso.

De acordo com Yin (2005) o estudo de caso caracteriza-se pelo estudo aprofundado e exaustivo de um ou mais objetos permitindo, deste modo, um conhecimento mais amplo e detalhado do mesmo. Segundo Gil (1989) apesar da impossibilidade de generalização dos resultados obtidos com o estudo de caso, este método é utilizado, frequentemente, na investigação social, devido à sua relativa simplicidade e economia, uma vez que, pode ser realizado por um único investigador ou por poucos investigadores e não exige a utilização de várias técnicas de recolha de dados.

Para além destas características a escolha deste método deveu-se, também, ao facto de este ser recomendável nas fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos, pois facilita a construção de hipóteses ou a reformulação do problema (Gil, 1989).

1.4. População e amostra

O presente estudo realizou-se no concelho Marco de Canaveses, mais especificamente numa resposta social de retaguarda à velhice, cuja identificação, por questões éticas e de confidencialidade de informação não será divulgada. A escolha do contexto onde foi realizada a investigação está estritamente relacionada com a proximidade geográfica da investigadora, facilitando deste modo a deslocação ao local.

O universo do presente estudo é composto por 90 indivíduos, sendo a amostra constituída por 37 idosos.

Em relação aos critérios de inclusão da amostra, os participantes tinham de ter idade igual ou superior a 65 anos e não ter incapacidade oral nem défice cognitivo significativo (avaliados pelo Mini Mental State).

1.5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Em relação às técnicas de recolha de dados, no presente estudo realizou-se um cruzamento de instrumentos de recolha de dados quantitativos e qualitativos, com o intuito de completar e cruzar informações.

Do ponto de vista dos instrumentos quantitativos utilizou-se um protocolo de avaliação que inclui um questionário sobre dados sociodemográficos, os Índices de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1988; adaptado por Sequeira, 2007) e de Lawton (Lawton e Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007) e a Escala de Solidão da Ucla – ULS-6 (Russel, Replau & Ferguson, 1978; tradução portuguesa de Neto, 1989; versão reduzida de Neto, 2014) (ver anexo 4).

O questionário aplicado contém questões sobre aspetos sociodemográficos do indivíduo, nomeadamente, o nome, a data de nascimento, a escolaridade, a naturalidade, dados sobre os filhos, sobre as visitas e telefonemas, a data de institucionalização e o(s) motivo(s) da mesma.

A utilização do Índice de Barthel no presente estudo justifica-se pelo facto de este instrumento permitir avaliar a funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (ABVD), mais especificamente, alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama, deambulação (Sequeira, 2007). Segundo o autor, em cada ABVD é avaliada a dependência entre dois a quatro níveis. A pontuação global do índice varia entre 0 e 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Os pontos de corte do índice permitem classificar o indivíduo quanto à sua funcionalidade nas ABVD. Assim, de 90 a 100 pontos, o indivíduo é independente; de 60 a 85 pontos, ligeiramente dependente; de 40 a 55 pontos, moderadamente dependente; de 20 a 35 pontos, severamente dependente e menos de 20 pontos, totalmente dependente.

De igual modo, utilizou-se o Índice de Lawton devido ao facto de este avaliar a funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Segundo Sequeira (2007) este índice avalia 8 domínios (cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transporte, uso do dinheiro, responsável pelos medicamentos). A sua pontuação global varia entre 8 e 29 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o grau de dependência. Este índice tem os seguintes pontos de corte: 8 pontos significam que o indivíduo é independente; de 9 a 20 pontos,

moderadamente dependente (necesia de alguma ajuda); e mais de 20 pontos, severamente dependente (carece de muita ajuda).

Para além destes instrumentos de avaliação, utilizou-se uma escala de avaliação da solidão, uma vez que se pretende medir a intensidade das opiniões, sentimentos e atitudes de maneira mais objetiva possível (Gil, 1989). De facto, a Escala de Solidão da Ucla – ULS-6 avalia a perceção do inquirido sobre o sentimento de solidão que experiencia. Trata-se de uma versão resumida da Escala de Solidão da Ucla adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). Segundo Neto (2014) esta versão apresenta elevados valores de consistência interna, com o coeficiente alfa cronbach de 0,92.

Esta escala é constituída por seis frases, avaliadas numa escala de likert de quatro pontos (Neto, 1989). Em cada questão o inquirido rodeia a alternativa (nunca, raramente, algumas vezes ou muitas vezes) que mais se adequa ao que sente (Neto, 1989).

Atendendo ao facto de a escala englobar cinco itens negativos e um positivo a pontuação das questões é diferente (Neto, 2014). Assim, nos itens negativos 1, 3, 4 e 5 a pontuação é a seguinte: Nunca corresponde a um ponto, Raramente a dois pontos, Algumas vezes três pontos e Muitas vezes corresponde a quatro pontos. A pontuação do item positivo é obtida através da inversão da escala, ou seja, na questão número 2, Nunca corresponde a quatro pontos, Raramente a três pontos, Algumas vezes dois pontos e Muitas vezes corresponde a um ponto.

A pontuação global situa-se entre os 6 e os 24 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação final, maior é o nível de solidão do individuo (Neto, 1989).

Atendendo ao facto de que a utilização da escala possibilitará “o estudo de opiniões e de atitudes de forma possível e mensurável, implicando, todavia, a transformação dos factos que habitualmente são vistos como qualitativos em factos quantitativos” (Gil, 1989,p. 135), o estudo contemplará, também, instrumentos de recolha de dados qualitativos, nomeadamente, a observação com base numa grelha teoricamente sustentada, que procura analisar as rotinas, as regras, as comunicações e as atividades institucionais, um registo das visitas recebidas durante dois meses e a análise de documentos oficiais da instituição.

Segundo Gil (1989, p. 104), “a observação constitui elemento fundamental para a investigação, desempenhando um papel imprescindível quer “na escolha e formulação do problema, quer na recolha, análise e interpretação dos dados”.

Quando comparada com outras técnicas de recolha de dados, a observação possui como característica principal o facto de que os acontecimentos são percebidos diretamente, reduzindo, deste modo, a intermediação e a subjetividade presente em qualquer investigação. Com principal desvantagem, Gil (1989) salienta o facto de que a presença do observador pode alterar os comportamentos dos indivíduos em observação.

De acordo com Gil (1989, p. 105) “a observação enquanto técnica de investigação pode adotar modalidades diversas”. Quanto aos recursos usados, a observação pode ser estruturada ou não estruturada e em relação ao grau de participação do investigador, a observação pode ser participante ou não participante.

Gil (1989, p. 105) define observação não participante como aquela em que o investigador observa de maneira “espontânea, informal e não planificada”, os factos que decorrem na comunidade, no grupo ou numa determinada situação. Esta modalidade apresenta vantagens e desvantagens. Como principais vantagens o autor enumera a recolha de dados para a delimitação e compreensão do problema de investigação e a construção de hipótese(s) sobre do problema em estudo. Em contrapartida, a subjetividade e os interesses do investigador e o registo dos dados a partir da memória do investigador podem enviesar os resultados.

Por oposição à observação não participante, a observação participante, utilizada na presente investigação, “consiste na participação real do observador na comunidade, grupo ou numa determinada situação (Gil, 1989, p. 108). Segundo o autor, esta observação pode adotar duas formas diferentes: a natural e a artificial. Enquanto na natural o investigador faz parte do contexto que investiga, na artificial, o investigador introduz-se no grupo.

No caso da dissertação, a investigadora observou artificialmente o grupo, uma vez que não fazia parte dessa comunidade. No entanto, para evitar que a presença do investigador influenciasse os comportamentos dos indivíduos, a investigadora integrou-se gradualmente na instituição. Para além disso, no sentido de não colidir com o normal funcionamento do lar durante a observação a investigadora procurou participar nas atividades que decorriam.

À semelhança da observação não participante, a observação participante apresenta vantagens e desvantagens (Gil, 1989). As principais vantagens relacionam-se com o acesso rápido aos dados e a captação das palavras dos indivíduos observados que permitem um melhor entendimento do seu comportamento. Por seu turno, tem como principal desvantagem a dificuldade do investigador em assumir alguns papéis.

Na dissertação esta observação participante partirá da elaboração de um plano de observação, teoricamente sustentado, no qual estarão previamente estabelecidos os aspetos/categorias necessárias à análise da situação (ver anexo 1).

Para além dos procedimentos de recolha de dados referidos anteriormente, no presente estudo serão, ainda, consideradas mais fontes de dados, nomeadamente, o regulamento interno, os processos individuais, as fichas de inscrição e os registos de atividades.

1.6. Procedimento de recolha e análise dos dados

Em primeira instância, foi solicitada a autorização à Direção Técnica da resposta social para a realização do presente estudo com os idosos beneficiários dessa resposta social. Para tal elaborou-se um documento escrito que explicava os objetivos do estudo e como este se ia processar. Este documento foi enviado pela coordenação do mestrado para o endereço eletrónico do diretor da instituição.

Após a autorização do Diretor Técnico procedeu-se à recolha de dados através da observação do quotidiano da instituição, durante um período de tempo de seis meses. As observações realizadas em vários espaços da instituição foram anotadas em diários de campo, que consistem basicamente em registos sobre o que se observou e que mais tarde possibilitaram à investigadora retirar conclusões sobre os aspetos estudados.

Para além da observação, foi pedido às representantes de cada piso que preenchessem uma grelha de controlo de visitas durante um período de dois meses, mais concretamente, nos meses de Novembro e Dezembro, registando o nome dos idosos visitados, quem os visitou e a periodicidade.

Seguiu-se a aplicação do protocolo de avaliação. Tendo em conta o tema abordado, optou-se pela aplicação individual do protocolo, com os cuidados éticos necessários ao desenvolvimento do estudo. Os participantes foram informados pela educadora social da instituição sobre a realização do estudo, bem como, a investigadora procurou durante o processo de recolha de dados informar os idosos sobre o objetivo do estudo, sobre o anonimato das informações e sobre a possibilidade de abandonarem o estudo quando desejassem. As instruções e as questões foram lidas em voz alta, possibilitando o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgissem. O protocolo foi aplicado individualmente, no gabinete médico, no quarto ou ainda no jardim da instituição. A aplicação do protocolo teve uma duração média de 45 minutos.

Após a recolha de dados, os dados quantitativos foram analisados recorrendo ao software para estatística IBM-SPSS, v.23.0.

Numa primeira fase, de acordo com as variáveis em análise, foram calculadas as distribuições de frequência (frequências absolutas e relativas) e ainda as estatísticas descritivas (média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo). Numa segunda fase, foi utilizado o teste paramétrico *t*-Student para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo, escolaridade e estado civil de acordo com a escala de solidão. Por fim, para verificar se existia uma relação/correlação estatisticamente significativa entre a Solidão e a idade, o Índice de Barthel e o Índice de Lawton, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*¹ (Maroco, 2006).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95%, exceto quando devidamente assinalado.

Em relação aos dados obtidos através da observação e registados em diários de campo foram alvo de uma análise de conteúdo.

¹ Foram utilizados testes paramétricos, uma vez que os dados apresentaram distribuições normais (valor-p do teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Shapiro-Wilk, superior a 0,05). Ver Anexo 2.

Capítulo 2: Análise e discussão dos resultados

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos no teste das hipóteses. Serão, igualmente, analisadas as lógicas de funcionamento da instituição e as práticas institucionais e em que medida estas são tendentes, ou não, à preservação ou até reforço das sociabilidades dos idosos, como estratégia de combate à solidão.

2.1. Caracterização geral dos idosos da amostra

Como se trata de uma caracterização geral dos participantes interessa, pois, neste subcapítulo caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, tendo em conta a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a profissão, o número de filhos, a naturalidade, o tempo de permanência no lar, os motivos da institucionalização e os níveis de funcionalidade. Do mesmo modo, vamos apresentar e discutir os resultados obtidos no teste das hipóteses de investigação relativos a algumas destas variáveis.

Embora o universo do presente estudo seja composto por 90 indivíduos, a caracterização geral dos participantes apenas incide sobre 37 indivíduos, uma vez que apenas estes preenchem os critérios de inclusão referidos no capítulo metodológico.

Do ponto de vista da idade dos idosos da amostra verifica-se que a média de idade é relativamente elevada (84,4 anos $dp = 6,0$), à semelhança do que se verifica a nível nacional². O participante mais novo tem 72 anos e o mais velho 95 anos.

Estamos, pois, a lidar com muitos indivíduos que já transitaram da terceira para a quarta idade e por isso devemos ter em atenção aos desafios que a quarta idade comporta, nomeadamente, a acumulação de problemas crónicos (80% dos idosos muito velhos experienciam perdas entre três a seis das seguintes áreas: visão, audição, força, funcionalidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária); perdas ao nível da adaptação psicológica; perdas em aspetos positivos da vida (exemplo: felicidade); perdas cognitivas e de identidade; maior solidão; e dependência psicológica (Baltes & Mayer, 2001).

Em relação à idade, tendo em conta que consideramos como primeira hipótese de investigação que *a prevalência de solidão aumenta com a idade* (Paúl & Ribeiro,

² A partir dos dados dos censos de 2011, a maioria dos idosos institucionalizados têm idades iguais ou superiores aos 80 anos.

2009) espera-se que os idosos mais velhos experienciem a solidão. No entanto, os resultados relativos à análise da relação entre a solidão com a idade expressos no quadro seguinte indicam que não há uma relação de dependência entre as duas variáveis ($r = 0,005$; $p > 0,05$).

Quadro 1 : Coeficientes de correlação de Pearson entre a Solidão e Idade.

	Idade (n=37)	Solidão (n = 37)
Idade	1	,005
valor-p	,975	

Resultados de acordo com o coeficiente de correlação de Pearson ($p < 0.05$).

Para esta diferença de resultados entre o nosso estudo e o estudo dos autores poderão ser apontadas como justificações o facto de a amostra do estudo de Paúl e Ribeiro (2009) ter sido elevada e o estudo ter sido realizado com indivíduos de diferentes grupos etários e que residiam na comunidade. Já no presente estudo a amostra é reduzida, os participantes não foram agrupados por faixas etárias³ e são indivíduos institucionalizados.

Relativamente ao número de filhos, 51,4% dos idosos têm filhos, sendo que em média têm 3,1 filhos ($dp = 2,5$). Esta média é muito próxima do número de filhos por mulher registada na década de 60, isto é, 3,2 filhos (Rosa & Chitas, 2010). Não obstante, no nosso estudo há idosos que apenas tiveram um filho e outros nove filhos.

Em relação ao género, a maioria dos idosos é do sexo feminino (73%), o que vai de encontro à tendência que se observa em outros lares no nosso país (Guedes, 2012).

Embora se verifique no lar um envelhecimento mais evidente nas mulheres e de acordo com a nossa segunda hipótese de investigação *a solidão é maior nas mulheres que nos homens* (Paúl & Ribeiro, 2009), os resultados expressos no quadro seguinte evidenciam que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores da solidão (média) de acordo com o género dos indivíduos da amostra ($p > 0,05$).

³ A maioria dos idosos da amostra já pertence à quarta idade.

Quadro 2 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com o género.

Sexo		N	Média	Desvio Padrão	valor-p*
Solidão	Feminino	27	12,370	4,3248	p>0,05
	Masculino	10	12,700	3,4010	

Resultados de acordo com o teste *t*-Student para duas amostras independentes ($p < 0.05$)

Relativamente ao estado civil, a maioria dos idosos da amostra é viúvo (62,2%), seguindo-se os solteiros (32,4%) e por ultimo, os casados (5,4%). Atendendo a estas percentagens podemos pressupor que grande parte dos participantes está propensa ao isolamento e a situações de solidão, uma vez que a maioria dos participantes experiencia a situação de luto do cônjuge e, por conseguinte, a perda de uma relação significativa que tinham com o companheiro (Guedes, 2012). Não obstante, quando testada a terceira hipótese de investigação: *a solidão é mais frequente nos viúvos e nos solteiros* (Paúl & Ribeiro, 2009), os resultados expostos no quadro seguinte evidenciam que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores da solidão (média) de acordo com o estado civil dos indivíduos da amostra ($p > 0,05$).

Quadro 3 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com o estado civil.

Estado civil		N	Média	Desvio Padrão	valor-p*
Solidão	Solteiro/a	12	13,500	3,9658	p>0,05
	Viúvo/a	23	11,609	3,9628	

Resultados de acordo com o teste *t*-Student para duas amostras independentes ($p < 0.05$)

Quanto aos níveis de instrução dos participantes, a maioria dos idosos tem a escolaridade básica (73%), sendo 21,6% analfabetos e 5,4% com ensino técnico. Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos no estudo de Guedes (2012) e seguem a tendência que se observa no nosso país, nomeadamente que a escolaridade dos mais velhos é muito baixa (INE, 2011).

Atendendo a estas percentagens e tendo em conta a nossa quarta hipótese de investigação, nomeadamente, que *a prevalência de solidão será maior nas pessoas com*

menos escolaridade (Paúl & Ribeiro, 2009) espera-se que os participantes com menos escolaridade sofram com mais frequência de solidão. Porém, os resultados do quadro seguinte indicam que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores da solidão (média) de acordo com a escolaridade dos indivíduos da amostra ($p > 0,05$).

Quadro 4 : Estatísticas descritivas para a Solidão de acordo com a escolaridade.

Escolaridade		N	Média	Desvio Padrão	valor-p*
Solidão	Analfabeto/a	8	11,000	2,7775	$p >$
	Escolaridade básica	27	13,148	4,2309	

Resultados de acordo com o teste *t*-Student para duas amostras independentes ($p < 0.05$)

A baixa escolaridade dos participantes poderá explicar o motivo pelo qual a maioria dos participantes desempenhou profissões pouco qualificadas. 55,5% dos participantes desempenhou profissões precárias, nomeadamente, 29,6% na área da agricultura e pecuária, 22,2% nas limpezas e 3,7 % na indústria transformadora. Do mesmo modo que, 27,0% dos idosos da amostra, todos do sexo feminino desempenharam funções de trabalho doméstico.

Não podemos atribuir esta baixa escolaridade a opções pessoais, uma vez que naquela época (décadas 50 e 60) a população era pobre, mal nutrida, doente, a habitar em más condições (Barreto, 2007). Os percursos de vida das pessoas centravam-se na sobrevivência material e por isso, a oportunidade de evolução académica era uma possibilidade muito reduzida para grande parte da população.

Relativamente à naturalidade, a maioria dos idosos da amostra é do concelho onde se situa a instituição (70%), 8% dos participantes são naturais de concelhos limítrofes e os restantes são naturais de concelhos de outros distritos. Assim, tendo em conta as palavras de Guedes (2012), enquanto para os primeiros a adaptação à instituição terá sido mais fácil, uma vez que não implicou um grande afastamento das suas origens, para os últimos pressupõe-se uma maior dificuldade de adaptação, pois trata-se de um novo local de residência distante das suas origens e das relações de amizade.

Para além do impacto que a distância das suas origens e o novo local de residência têm na forma como o indivíduo se adapta a esta nova situação, o tempo de permanência no lar e motivos que condicionaram a institucionalização assumem um papel preponderante na integridade e preservação do eu (Guedes, 2012).

De facto, em termos de tempo de internamento no lar a maioria dos idosos da amostra está no lar há cinco ou menos anos (51%), 35% dos idosos entrou para o lar nos anos entre 2009 e 2005 e 14% dos idosos já está institucionalizado há mais de uma década.

Em relação aos motivos de institucionalização são vários os fatores que levaram os idosos a entrar nesta instituição, nomeadamente, viver só (40%), falta de retaguarda familiar (22,5%), problemas de saúde (15%), transferência de outras instituições (7,5%), acompanhar o cônjuge (5%), iniciativa própria (5%), problemas com os cuidadores (2,5%) e falta de condições habitacionais (2,5%). É interessante verificar que apesar de todos os idosos não terem entrado forçosamente na instituição, a entrada voluntária como Pais (2006) refere, é fruto de um cálculo de mal menor⁴. O discurso de uma idosa exemplifica o referido: “preferia estar na minha casinha com alguém a olhar por mim”.

Caracterizando os participantes do ponto de vista da funcionalidade (ver quadro 5), a larga maioria dos indivíduos da amostra apresentava independência nas atividades básicas da vida diária (65%). No entanto, cerca de 11% apresentavam um elevado nível de dependência nas atividades básicas da vida diária. Estes resultados são confirmados pelo elevado valor da mediana (90 pontos)⁵.

Quadro 5 : Distribuição de frequência para o Índice de *Barthel* (escalões).

Índice de Barthel (escalões)	nº	%
<20	4	10,80%
20 a 35	2	5,40%
40 a 55	1	2,70%
60 a 85	6	16,20%
90 a 100	24	64,90%
Total	37	100,0%
Mediana = 90		

⁴ Palavras de uma idosa registadas no diário de campo no dia 24 de Março de 2015.

⁵ Utilizou-se a mediana uma vez que a distribuição dos valores apresentava um forte enviesamento.

No que diz respeito às atividades instrumentais da vida diária, avaliadas pelo Índice de Lawton, nenhum indivíduo da amostra apresentou independência nessas atividades (ver quadro 6). Aliás, a maioria dos indivíduos da amostra apresentava dependência moderada nas atividades instrumentais da vida diária (76%). Porém, cerca de 24% dos participantes apresentavam dependência severa nessas mesmas atividades.

Quadro 6 : Distribuição de frequência para o Índice de *Lawton* (escalões).

Índice de Lawton (escalões)	nº	%
<8	0	0,00%
Set-20	28	75,70%
<20	9	24,30%
Total	37	100,0%
Mediana= 17		

Ser dependente nas atividades instrumentais da vida diária é sinónimo de solidão, uma vez que os resultados obtidos no teste da quinta hipótese de investigação: *os mais dependentes vivenciam mais solidão* (Singly & Mallon, 2000) indicam que existe uma relação estatisticamente significativa entre a solidão e a funcionalidade expressa pelo índice de Lawton ($p < 0,05$). Especificamente, o Índice de Lawton apresenta uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa com a Solidão ($r = 0,35$; $p < 0,05$). Isto significa que quanto maior é o score do Índice de Lawton, que corresponde a maior dependência, maior é a Solidão. Por outro lado, não se verificou a existência de uma associação significativa entre o Índice de Barthel e a Solidão.

Quadro 7: Coeficientes de correlação de Pearson entre a Solidão, Índice de Barthel e índice de Lawton.

	Índice de Barthel (n=37)	Índice de Lawton (n=37)
Loneliness	-,252	,345*
Índice de Barthel		-,852**

*. A correlação é significativa no nível 0,05.

**. A correlação é significativa no nível 0,01.

2.2. O impacto das condições físicas e arquitetônicas na solidão

Neste subcapítulo procuramos analisar o grau de diversidade e qualidade dos espaços, dos recursos e dos serviços envolventes ao lar e em que medida essas condições físicas e arquitetônicas contribuem para um maior ou menor isolamento dos residentes.

Relativamente à localização do lar, este situa-se num sítio ermo, com poucas habitações próximas e distante do centro urbano. Para além disso, não está rodeado de acessibilidades que permitam o verdadeiro envolvimento dos residentes na comunidade.

Para terem acesso a qualquer tipo de serviço, para passearem ou até mesmo para visitar alguém, os residentes têm à partida quatro alternativas de transporte: transporte pessoal, a pé, carrinha da instituição ou transporte público. É verdade que podem se deslocar a pé da instituição ao centro da freguesia ou a outro qualquer lugar. No entanto, ao longo da estrada principal não existe um passeio para peões, colocando os residentes em situações de perigo. Podem, também, utilizar os transportes públicos, uma vez que do lado oposto à instituição existe uma paragem de transportes públicos. Porém, o horário desses mesmos transportes é muito reduzido, ao ponto de parecer que os residentes não usufruem desse serviço. Podem, ainda, utilizar a carrinha da instituição, mas só quando há alguma saída.

Na verdade, estas duas últimas alternativas são um pouco ilusórias para todos os residentes, uma vez que dependem, em grande medida, do seu grau de funcionalidade. Normalmente, apenas os residentes mais independentes é que saem da instituição utilizando estas duas vias. Os residentes mais dependentes não andam de transporte público e maioritariamente apenas andam na carrinha da instituição quando têm de ir a consultas ou exames médicas. Em casos especiais, a instituição garante carrinhas para transportar os residentes, como por exemplo, para levar os residentes a um funeral de um residente, de um amigo ou parente.

Em relação ao edifício físico do lar, este encontra-se vedado por grades, separando o local onde os residentes se encontram do mundo exterior (Goffman, 1996). É composto por duas construções agregadas, por uma casa e por uma espécie de pavilhão, onde se realizam as festas da instituição e as reuniões do pessoal do lar.

O lar possui duas entradas de acesso aos edifícios, sendo que a entrada que se encontra voltada para a rua principal é a mais utilizada pelos utentes, familiares,

funcionários e outros visitantes. Junto a essa entrada encontra-se um placar com o nome da instituição. Nas redondezas existe, também, um parque gratuito que pode ser utilizado por qualquer pessoa que se desloque à instituição.

Durante o dia, o portão da instituição encontra-se sempre aberto, facilitando deste modo a entrada e saída de qualquer pessoa. Aliás, relativamente à entrada e saída da instituição, esta não obedece a nenhum ritual. Embora no regulamento interno esteja escrito: “é permitido sair da estrutura residencial por si só, desde que tenha a capacidade para tal ou acompanhados por familiares ou amigos, devendo para o efeito comunicar ao Diretor Técnico ou aos Técnicos da Instituição”⁶, observou-se que na prática qualquer residente, independentemente do seu estado físico e cognitivo pode entrar e sair da instituição sem que para isso tenha de comunicar a sua pretensão a algum colaborador da instituição. O mesmo acontece com os visitantes. Estes podem percorrer a instituição e visitar, se for o caso, o residente, sem que para isso seja anunciado ao residente a sua visita e este diga se pretende, ou não, receber a visita.

Muito embora esta flexibilidade nos pareça positiva, uma vez que não contribui para o fechamento da instituição (Goffman, 1996), coloca-se a questão de até que ponto a instituição salvaguarda a segurança dos residentes. Apesar de a instituição possuir câmaras de vigilância, segundo o voluntário que se encontra diariamente na secretaria, estas não filmam os portões de entrada, “*apenas filmam os espaços mais escondidos, por que temos tido vários roubos*”⁷. Do mesmo modo, que a entrada e saída de pessoal não é totalmente controlada por colaboradores da instituição. Durante a semana, um voluntário está à alerta em relação à entrada e saída, referindo que “*eu conheço a maioria dos familiares dos residentes*”. No entanto, durante o fim-de-semana este “controle” está dependente da disponibilidade do voluntário, “*sou eu, quando posso.*”

A entrada principal é precedida por um pátio exterior e por um conjunto de escadas que fazem a ligação entre o exterior e interior do lar. No entanto, se subirmos as escadas que dão acesso à sala de convívio do primeiro piso encontramos a porta fechada.

Junto ao pátio, encontra-se uma porta inicial que dá acesso ao hall de entrada onde se situa do lado esquerdo a secretaria. Do lado direito do hall de entrada encontra-se um placar onde estão afixadas as atividades mensais planeadas, fotografias das

⁶ Norma XXIII, seção deveres dos clientes/utentes, página 19.

⁷ Palavras de um voluntário registadas no diário de campo no dia 26 de Novembro de 2014.

atividades realizadas e documentos informativos sobre a instituição. No nosso parecer esta exposição torna o espaço mais acolhedor e convidativo, pois dá a conhecer as atividades em que os residentes participam diariamente.

No que diz respeito à secretaria esta é ocupada pelos técnicos e por um voluntário. Normalmente a sua porta esta totalmente aberta ou entreaberta, não contribuindo desta forma para a criação de barreiras entre o mundo dos residentes e dos técnicos (Gofman, 1996; Malon & François, 2000; Guedes, 2012).

Percorrendo mais uns metros a seguir encontra-se uma outra porta que está sempre aberta e que dá acesso à porta da sala de convívio do rés-do-chão, a uma cozinha, aos quartos e a uma escadaria que faz a ligação entre o rés-do-chão e o primeiro andar, que por sua vez, também, possui uma escadaria que faz a ligação com o segundo piso.

No final do hall existe uma outra porta que durante o dia está aberta e que dá acesso a um pequeno espaço com bancos, onde alguns residentes descansam, conversam com outros residentes e funcionários ou se ocupam com tarefas de leitura ou costura. Trata-se, pois, de um espaço como Fischer (1994) designa “espaço intersticial”, periférico aos espaços onde decorrem as principais atividades da instituição, onde a vigilância e controlo dos funcionários é praticamente inexistente.

Relativamente às portas da instituição, qualquer uma tem abertura manual, o que dificulta a passagem dos residentes de um espaço para o outro e contribui para que os residentes mais dependentes se encontrem praticamente no mesmo espaço durante todo o dia e isolados dos restantes. Aliás, os resultados da aplicação da escala de solidão confirmam que alguns residentes sentem-se isolados dos outros. Mais concretamente, 18,9% dos idosos da amostra sentem-se algumas vezes isolados dos outros e 5,4% sentem-se muitas vezes isolados dos outros (ver anexo 3). De acordo Singly e Mallon (2000) serão os idosos mais dependentes que se sentem isolados.

Em relação ao primeiro piso, este pode ser acedido através de uma escadaria interna ou então por uma rampa exterior. O primeiro piso está dividido em quartos, sala de convívio, cozinha e refeitório e a sala do médico que, normalmente, é utilizada pelas funcionárias para preencherem as folhas de registo. Mais recentemente este gabinete é utilizado pelas psicólogas para atenderem os residentes.

A ligação entre o primeiro e o segundo piso é feita por uma escadaria ou, então, por um elevador que se encontra num sítio escondido, mal sinalizado e afastado dos “espaços de socialização”⁸, nomeadamente, as salas de convívio.

No segundo piso encontramos os quartos, uma sala de convívio, uma cozinha e um refeitório.

A outra construção agregada ao edifício principal encontra-se, também, dividida em três andares. No rés-do-chão encontram-se o gabinete do diretor técnico, a lavandaria e a serralharia.

A ligação entre o rés-do-chão e o primeiro andar faz-se por uma rampa externa ou pelo mesmo elevador da primeira construção. No primeiro andar encontram-se quartos, uma enfermaria, uma sala social onde se encontram bens alimentares e vestuário que são distribuídos pelas pessoas da comunidade mais carenciadas e, ainda, a capela da instituição. À exceção da sala social e da enfermaria, os restantes espaços encontram-se, normalmente, abertos aos residentes. Durante o dia observou-se a presença de residentes nestes espaços sem a supervisão dos colaboradores.

No segundo piso apenas existem os quartos para os residentes. A passagem do primeiro para o segundo piso pode ser feita, também, por uma escadaria e pelo elevador.

Independentemente do piso em que nos possamos encontrar, o mobiliário e a decoração dos espaços coletivos é semelhante: a cor das paredes é igual em todos os espaços e nos corredores, junto às portas dos quartos encontramos o número do quarto e o nome dos residentes. Salientamos que a decoração está a cargo dos profissionais que lá trabalham, prevalecendo a “regras de afetação”, nomeadamente, “cada coisa no seu lugar” (Fischer, 1994, p. 140). Em momento algum se observou algum residente a colocar ou a mudar um objeto de lugar.

Do mesmo modo, durante a recolha de dados nenhum idoso opinou sobre a decoração da instituição. Assiste-se, aqui, ao que Fischer (1994) refere, nomeadamente, que o indivíduo está conformado com o papel que a instituição lhe atribuiu aquando da sua entrada e às atividades que pode/deve realizar. O residente não pode tomar a iniciativa de alterar o espaço onde se encontra. Assim como, pensar ou verbalizar uma nova organização constitui por si só uma desordem às regras estipuladas pela

⁸ De acordo com Fischer (1994, p. 147), os territórios de socialização são espaços “onde se efetuam agrupamentos sociais”, podendo “ser o ou o prolongamento de certos usos sociais ou o resultado de uma apropriação selvagem”.

instituição. Como o autor refere, “a modificação corresponde desde logo, não só a uma perturbação, mas também a uma transgressão” (Fischer, 1994, p. 143).

Nos refetórios encontramos quadros alusivos a várias temáticas (e.g. natureza, alimentos, bem-feitores da instituição, santos) e mesas quadradas com quatro cadeiras, no caso do primeiro e segundo piso e redondas no rés-do-chão com cinco ou seis cadeiras. As mesas encontram-se sempre cobertas por uma toalha de plástico e arrumadas, revelando cuidado e apreço das funcionárias por este espaço. Já as cadeiras das mesas são desconfortáveis, pois são de madeira e sem qualquer cobertura.

Nas salas de convívio encontram-se afixados o plano mensal de atividades, uma espécie de calendário com os aniversários, jarras com flores, santos, um relógio e uma ou duas televisões. Ao redor das salas de convívio, numa espécie de formato de quadrado, encontram-se cadeiras almofadadas de cor azul e sofás, onde muitos residentes permanecem sentados durante o dia. Faz parte do mobiliário das salas de convívio ainda alguns armários preenchidos com livros, utensílios de cozinha e imagens religiosas e mesas de madeira, onde alguns residentes fazem as suas refeições.

Em relação aos quartos, denominados e definidos por Fischer (1994) de “espaços-refúgios”, uma vez que são locais não partilhados pelo coletivo, onde o indivíduo se isola, se arroga e se organiza, o mobiliário e a decoração são distintas de quarto para quarto. É certo que maioritariamente todos os quartos possuem duas camas individuais, duas mesinhas de cabeceira, uma cómoda e um guarda-fatos. No entanto, as mesinhas de cabeceiras e as cómodas estão decoradas com objetos pessoais (exemplos: fotografias, livros, santos) dos residentes, contribuindo deste modo para a preservação da identidade dos idosos.

Pelo observado, podemos afirmar que esta decoração está a cargo sobretudo do residente mais independente que lá dorme, isto é, normalmente, quando o quarto é partilhado por um residente independente e por um acamado⁹, o residente mais independente apodera-se de quase todo o território, colocando fotografias, santos e outros assessorios na sua mesinha de cabeceira e na cómoda que à partida pertence aos dois residentes, uma vez que tem roupa dos dois residentes. A roupa da cama é, também, diferente de cama para cama, uma vez que na maioria dos casos os residentes trazem para a instituição a roupa de casa e as funcionárias têm o cuidado de utilizar a roupa pessoal dos residentes. Por oposição à realidade do lar estudado por Guedes

⁹ Maioritariamente, os quartos são partilhados por um residente independente e mais dependente ou acamado. Segundo o diretor técnico, esta distribuição está pensada para que um auxilie o outro.

(2012) em alguns quartos é possível verificar que a mobília é diferente, uma vez que é permitido aos residentes trazerem alguma mobília.

Para além da liberdade que o idoso tem em decorar o seu quarto, o idoso tem a possibilidade de ter um quarto individual ou partilhá-lo, no máximo, com outro idoso. De facto, ter um quarto só para si ou partilhá-lo no máximo com outro idoso é totalmente diferente de partilhar o quarto com quatro ou cinco pessoas. Na verdade, estudos realizados por Rivlin (1976, cit in Fischer, 1994) sobre as relações que existem entre os indivíduos que partilham o quarto com outras pessoas mostram que, quando o quarto é ocupado por várias pessoas este apenas serve para dormir e descansar. Ao passo que, ter um quarto para si permite ao ocupante desenvolver e diversificar atividades individuais e sociais. Do mesmo modo que, preserva a sua intimidade.

Faz parte da instituição, ainda, uma casa, onde se encontram mais quartos para residentes. Aqui, apenas os residentes mais independentes e autónomos têm a possibilidade de ter um quarto, uma vez que, o diretor técnico alega que frequência de funcionárias no local é relativamente reduzida por comparação à presença no edifício principal, o que pode colocar em causa a segurança dos residentes que são mais dependentes ou parcialmente autónomos.

Para além destes espaços físicos, o lar conta ainda com um jardim voltado para a rua principal, onde os residentes com a ajuda de voluntários e funcionários cultivam diferentes alimentos e plantam árvores de fruto e de flor. Tem, também, um jardim envolto das diferentes construções do lar, com bancos onde alguns residentes repousam durante as suas caminhadas e um terreno de cultivo de árvores de fruto, tubérculos e outros alimentos.

Em termos de acessibilidade no lar, os espaços possuem ajudas protésicas, as portas e os locais de passagem têm a distância necessária à passagem de cadeira de rodas e macas e há sempre uma alternativa às escadas ou degraus – rampa e o elevador. No entanto, o piso nem sempre se adequa às diferentes necessidades dos residentes, o que pode reduzir substancialmente a frequência dos residentes mais dependentes em alguns dos espaços. Isto verifica-se com maior frequência em relação ao exterior do edifício do lar, uma vez que o piso é irregular constituído por cubos com brechas.

Para se deslocarem para e no exterior do lar, os residentes com mais dificuldades de deambulação são confrontados com duas situações: não se deslocam a estes espaços

com receio de sofrer alguma queda, ou então, vêm-se obrigados a pedir ajuda a funcionários ou outros residentes, o que normalmente não acontece nesta instituição talvez porque implica ficar em dívida para com o outro (Singly & Mallon, 2000).

Independentemente dos espaços (interiores ou exteriores) em que nos possamos encontrar, a iluminação e a limpeza e higiene são irrepreensíveis. Todos os espaços da instituição são iluminados por luz natural e na sua falta, por candeeiros. De facto, a instituição prima por possuir muitas e amplas janelas nas salas de convívio, nos refeitórios e nos quartos. É possível os residentes realizarem tarefas como a leitura ou costura, durante o dia e a noite nestes espaços e assistirem ao que se passa no exterior.

Em relação à higiene dos espaços, observou-se constantemente as funcionárias a limparem e higienizarem os vários espaços interiores da instituição. Em momento algum se verificou alguma sujidade ou cheiros nos vários espaços. Do mesmo modo, os vários jardins da instituição encontram-se sempre cuidados, sem folhas, lixo e ervas, apelando desta forma à saída dos residentes para o exterior.

2.3. Quotidiano da instituição

Tendo em consideração que Goffman (1996) refere que *quanto mais as rotinas e as regras da instituição se assemelham a uma “instituição totalitária”, mais os indivíduos se sentem sós*, neste subcapítulo interessa-nos analisar em que medida o quotidiano do lar em estudo é rigidamente disciplinado, regulamentado e organizado e se as práticas institucionais acentuam ou contrariam a experiência de solidão.

De acordo com a nossa observação, o despertar do dia ocorre por volta das oito horas da manhã, quando o pequeno-almoço começa a ser servido nos refeitórios, para os mais independentes, e nos quartos, para os acamados. Claro que antes dos residentes tomarem o pequeno-almoço já percorreram uma série de etapas sequenciadas mais ou menos comuns a todos, nomeadamente, o levantar da cama, o tomar banho e o vestir. Não obstante a semelhança das tarefas, o espaço e o modo como se realizam estas atividades é distinto entre os residentes independentes e os mais dependentes ou acamados.

Na maioria dos casos, os independentes levantam-se minutos antes da hora de servir o pequeno-almoço, fazem a sua higiene na casa de banho do seu quarto, escolhem

a roupa que querem vestir e deslocam-se para o refeitório. No caso dos mais dependentes e acamados as tarefas são, como Guedes (2012) constatou no seu estudo, determinadas de forma total ou parcial pelas funcionárias.

Começamos por analisar a hora e todo o processo relativo ao despertar dos residentes mais dependentes e acamados. A maioria das funcionárias bate à porta do residente, que apenas se encontra fechada com o trinque por questões de segurança. Se este não responder ou não der permissão, as funcionárias entram no quarto. Posteriormente saúdam o residente (quando este comunica) e começam a realizar o seu trabalho, isto é, retirar a roupa da cama, ajudar o residente a levantar-se ou a virar-se e prepará-lo para o pequeno-almoço.

Todos os dias, as funcionárias fazem uma higiene primária a estes residentes, isto é, lavam a cara, penteiam e mudam a roupa. Por norma, uma a duas vezes por semana, os residentes mais dependentes tomam banho completo. Este banho ocorre, normalmente, no dia estipulado. Aliás, está afixado no gabinete médico um calendário semanal com o nome dos residentes que necessitam de ajuda na higiene e o dia em que eles tomam banho.

O banho dos residentes independentes e mais dependentes é feito na casa de banho do seu quarto. Ao passo que o banho dos acamados é feito na cama, à vista de qualquer pessoa que está ou entra no quarto. Em algumas observações verificou-se que, quando as funcionárias estão a fazer a higiene de algum residente acamado a porta nem sempre se encontra fechada, podendo qualquer curioso espreitar ou até mesmo entrar no quarto. Do mesmo modo, não é utilizado um biombo que separe a cama do residente que está a ser higienizado do outro residente com quem partilha o quarto.

Segundo Guedes (2012), esta prática repercute sérias consequências psicológicas e sociais tanto no idoso higienizado como no idoso que assiste à higiene. A identidade e autonomia do idoso acamado são postas em causa, pois a sua intimidade e debilidades são expostas a qualquer pessoa. Já para o idoso que assiste à higiene do acamado é confrontado com o que lhe espera no futuro: um tratamento que em nada contribui para o bem-estar psicológico e social do indivíduo.

À semelhança da realidade do lar estudado por Guedes (2012), os residentes do nosso estudo cuja funcionalidade ou cognição está afetada, têm de esperar que chegue a sua vez para começar o dia, assumindo durante todo este processo o lugar de meros observadores. Nas observações realizadas verificou-se que é muito raro as funcionárias perguntarem ao idoso se pretende levantar-se nesse momento ou mais tarde, tomar

banho hoje ou num outro dia, vestir-se agora, mais tarde ou então ficar de pijama e o que pretende vestir. Apesar disso, notou-se uma preocupação com o vestuário dos residentes e com a estética. Normalmente, as funcionárias procuram roupa que não esteja estragada, roupa adequada à estação do ano, roupa limpa e cores que combinem umas com as outras. Têm, também, atenção ao preto nas situações de luto e a gostos pessoais, como por exemplo, não vestir saias curtas a idosas que não se sentem confortáveis com esse tipo de vestuário.

Não obstante a este cuidados, os momentos de assistência sobretudo aos mais dependentes e acamados contribuem para a fragilização da identidade do indivíduo e fomentam reações defensivas que aceleram o processo de envelhecimento, uma vez que, não salvaguardam a privacidade do indivíduo, não promovem a sua participação no processo de cuidado nem a opção por escolhas e não valorizam a componente do indivíduo enquanto ser relacional e de afetos, preocupando-se apenas com o apoio instrumental (Guedes, 2012).

Após a higiene e o pequeno-almoço, as funcionárias começam a tratar da arrumação e limpeza dos quartos dos residentes. Contatou-se que os residentes mais independentes, sobretudo do sexo feminino, auxiliam as funcionárias nessas tarefas, isto é, fazem a sua cama, colocam a roupa suja para lavar e em alguns casos limpam o pó.

Por volta das doze horas começa a ser servido o almoço nos refeitórios e nos quartos onde se encontram idosos acamados. Os residentes mais independentes deslocam-se para os refeitórios, para a sua mesa e para a sua cadeira que lhe foram atribuídos no momento de entrada. Por norma, a atribuição do refeitório depende do piso em que se encontra o quarto do residente. Por exemplo, se o quarto do residente se localiza no primeiro piso, o residente faz as suas refeições no refeitório do primeiro piso. Porém, existem exceções. Alguns residentes têm os seus quartos num piso e fazem as suas refeições no refeitório de um outro piso. Como justificação para o sucedido é apontado o facto de o residente ter feito esse pedido ao diretor técnico, refletindo deste modo o respeito e acolhimento das escolhas pessoais dos residentes da instituição.

Em relação aos residentes dependentes de cadeiras de rodas estes necessitam de ajuda para se deslocarem da sala de convívio (local onde frequentemente se encontram) para o refeitório e vice-versa. Essa ajuda é prestada pelas funcionárias ou por outros residentes. Já os residentes que se encontram nos cadeirões nas salas de convívio,

normalmente, fazem as suas refeições uns minutos antes dos outros nesse mesmo local à vista de qualquer residente. Esta prática, por um lado, desmoraliza os mais independentes em relação à sua saúde no futuro (Singly & Mallon, 2000) e, por outro, contribui para a despersonalização dos mais dependentes, pois vêm as suas debilidades postas à vista de outros (Guedes, 2012).

A hora e o local do lanche é, também, distinta para os residentes que, sozinhos ou com ajuda de outros, possam deslocar-se para o refeitório e para os residentes acamados ou que se encontram nos cadeirões nas salas de convívio. O lanche para estes últimos é servido por volta das 15:30 horas, no quarto ou na sala de convívio. Já os independentes lancham nos refeitórios às 16:00 horas.

Após o lanche, o contacto com os outros residentes deixa de ser possível para os residentes mais dependentes, uma vez que estes começam a ser encaminhados pelas funcionárias para os seus quartos, local onde é servido o jantar às 18:15 horas e a ceia às 22:00 horas. Os restantes residentes jantam às 19:00 horas no refeitório e ceiam às 22:00.

No intervalo entre as refeições, observou-se que os residentes ocupam o seu tempo livre de formas diferentes: alguns saem da instituição, outros refugiam-se no quarto, outros participam em atividades desenvolvidas pelos técnicos e outros esperam pela próxima refeição na sala de convívio. Caracterizando os residentes do ponto de vista sociodemográfico e de independência tendo em consideração como ocupam o seu tempo livre podemos afirmar que a maioria dos residentes que sai da instituição é independente e são na sua maioria do sexo masculino; são sobretudo as mulheres que mais se refugiam no quarto e que participam nas atividades promovidas pela instituição; e que são os mais debilitados fisicamente e cognitivamente que intercalam as refeições com a permanência nas salas de convívio a ver televisão, sendo esta a sua companhia e entretenimento.

A forma como os residentes ocupam o seu tempo livre está não só relacionada com os gostos pessoais como, também, com a lógica de funcionamento da instituição, que indiretamente leva os residentes a “optarem” por determinadas atividades.

Começamos por analisar as atividades que a instituição promove e de que forma a sua implementação pode justificar a reduzida participação dos residentes nas mesmas.

Não podemos referir que a reduzida participação dos residentes se deve à pouca oferta de atividades. No início do estudo, no plano semanal de atividades estavam

definidas aulas de educação física, natação, caminhadas, jogos sociais (bingo, cartas, dominó), atividades de trabalhos manuais, sessões de cinemas, saídas ao exterior, intercâmbio com outras instituições, momentos religiosos e participação mensal dos residentes na confeção de bolos de aniversários. Após o estudo terminar, com a entrada de novos técnicos, passou-se a realizar mais atividades, nomeadamente, aulas de zumba, ateliers de estimulação cognitiva/ sensorial e de informática, sessões de leitura e momentos de atendimento individual. No entanto, apesar desta oferta diversificada elencamos seguidamente algumas lacunas das atividades, que poderão influenciar a adesão dos residentes às mesmas.

Em primeiro lugar, referimos que nem sempre as atividades previstas se realizam. Na verdade, algumas atividades estão dependentes da disponibilidade dos técnicos, isto é, se ocorrer algum imprevisto a atividade não se realiza. Observou-se, por exemplo, a não realização da caminhada pelos jardins da instituição porque a Educadora Social teve de realizar o transporte de alguns residentes a consultas/exames médicos.

Para além da incerteza da realização das atividades que constituem o plano de atividades, a frequência de algumas atividades é relativamente reduzida. Durante a nossa observação, apenas se realizou uma atividade intergeracional entre os idosos e crianças, numa outra instituição.

Em terceiro lugar, apontamos como outra falha o facto de que embora as atividades sejam de domínios distintos podem não ir ao encontro dos gostos e interesses dos residentes, uma vez que durante as observações em momento algum se verificou alguém questionar os residentes se concordavam com essas atividades, se propunham novas atividades e quais são os seus gostos ou interesses. Não se verificou, também, a participação dos residentes na definição e planificação das atividades.

Em quarto lugar, podemos enumerar o facto de as atividades não atenderem às necessidades individuais de cada residente, isto é, as atividades não estão pensadas para residentes com graus de escolaridade diferentes e estados físicos e cognitivos distintos. Observou-se, por exemplo, que no jogo da palavra os residentes têm que dizer uma palavra com a letra escolhida. No entanto, nem todos os residentes são alfabetizados, o que exclui imediatamente estes residentes da participação nesta atividade. Para além de que, o nível de exigência desta atividade é sempre o mesmo, o que leva a D. Maria a referir que já não participa nesse jogo *“porque é sempre a mesma coisa”*¹⁰.

¹⁰ Palavras de uma residente registadas no diário de campo no dia 15 de Fevereiro de 2015.

Participar nas caminhadas é uma outra atividade que não está ajustada à diversidade de necessidades dos residentes. Esta atividade semanal exclui, à partida, os residentes fisicamente mais debilitados, uma vez que se realiza no exterior da instituição e exige que os participantes se desloquem ao longo de um percurso pedestre. Para participar nesta atividade, os residentes mais dependentes têm de ser ajudados por colaboradores ou outros residentes. Esta entreajuda não é uma prática muito observada, uma vez que, implica disponibilização de recursos humanos e/ou a aptidão física dos idosos mais independentes, que não maioria dos casos já se encontra afetada, para auxiliarem os mais dependentes ao longo do percurso.

Uma outra falha que podemos apontar em relação às atividades é a incorreta divulgação das mesmas por todos os residentes. Através da observação verificou-se que o calendário semanal e mensal das atividades é afixado nas portas da instituição. Assim como, em alguns momentos assistiu-se ao questionamento por parte da equipa técnica se os residentes queriam participar nas atividades. No entanto, isso não acontecia sempre que decorriam as atividades, algo que consideramos imprescindível para os residentes que têm falhas de memória e para os residentes que não sabem ler.

Um outro motivo que poderá ser apontado como justificação para a reduzida adesão dos residentes às atividades prende-se com a localização da sala onde se realizam as atividades e os acessos à mesma. A sala não é próxima da entrada da instituição e das salas de convívio onde se encontram os idosos, implicando deste modo a sua deslocação até ao local. Esta deslocação é possível ser feita através das escadas ou do elevador, que são à partida fatores de desencorajamento dos residentes. As escadas colocam os residentes em situações de perigo, nomeadamente, a ocorrência de quedas nos degraus das escadas. Já o elevador, como referido anteriormente encontra-se distante dos espaços coletivos e mal sinalizado. Um outro motivo que pode pesar na decisão dos residentes em participar em qualquer atividade é o facto de que os mais dependentes necessitarão que alguém os auxilie no trajeto, algo que segundo Singly e Mallon (2000) é evitado pelos idosos que sentem vergonha das suas debilidades.

Para além destas falhas, e pensando na necessidade de promoção das sociabilidades nas instituições de retaguarda à velhice (Singly & Mallon, 2000; Guedes, 2012), consideramos importante salientar o facto de que embora no plano de atividades esteja escrito que as mesmas abrangem o domínio social, durante a observação constatou-se que estas pouco ou nada promovem as relações sociais dos idosos, uma

vez que se verificou que os idosos desenvolvem tarefas individuais, não são estimulados a pedirem ajuda a outros e dialogarem com outros.

Todas as razões apontadas anteriormente podem não só explicar a reduzida adesão dos residentes às atividades promovidas pela instituição, como poderão ser a principal causa para que os residentes ocupem o seu tempo livre com outras atividades. Não obstante, os residentes ocupam o seu tempo livre com atividades alheias às atividades promovidas pela instituição por questões mais subjetivas, que serão analisadas no tópico seguinte.

2.4. Relações estabelecidas entre os grupos humanos em presença no lar

Tendo como base a ideia de Pais (2006) de que a solidão depende da qualidade do relacionamento que se tem, ou não, com o outro, no presente subcapítulo analisamos as relações estabelecidas entre os elementos em presença no lar, não esquecendo que as lógicas de funcionamento da instituição desempenham um papel fundamental na preservação e no reforço das sociabilidades dos idosos.

No contexto analisado, podemos dividir os elementos humanos três grandes grupos de atores, nomeadamente, a direção e equipa técnica (educadora social, enfermeiras e encarregada geral, os prestadores de serviços (as ajudantes de ação direta, cozinheiro, ajudantes de cozinha e o pessoal da lavandaria) e os beneficiários dos serviços, nomeadamente, os residentes. Não obstante, o regulamento interno prevê a existência de outros profissionais na instituição, nomeadamente, um contabilista, um gestor da qualidade e um técnico de serviço social. No entanto, através da observação verificou-se que não existem estes profissionais. Aliás, os técnicos em presença na instituição acumulam funções dos profissionais em falta, tornando-se assim difícil, por vezes, enquadrá-los nos três grandes grupos referidos anteriormente.

2.4.1. Relações entre a equipa de cuidadores e residentes

Relativamente ao órgão máximo da instituição, a direção, sabe-se quem é o diretor técnico e o papel que desempenha na instituição. Embora no regulamento interno estejam descritas as funções do diretor técnico, frequentemente observamos que cabe a

este profissional tomar as decisões mais importantes, como por exemplo, a entrada de um novo residente, atribuir quartos e dirigir reuniões semanais com pessoal.

Como Guedes (2012) constatou no seu estudo, raramente o diretor técnico está presente nos locais onde se encontram os residentes. Passa a maior parte do tempo no seu gabinete a trabalhar no computador. Por isso, são os residentes que se deslocam ao seu gabinete quando pretendem falar com o diretor. Aliás, de acordo com alguns testemunhos, os residentes procuram o diretor técnico principalmente por dois motivos: quando surgem conflitos entre os residentes ou quando pretendem fazer algum pedido. Por norma, o diretor técnico resolve os conflitos, conversando com os envolvidos e dá resposta aos pedidos dos residentes. Embora esta possa não ser imediata.

Em relação à equipa técnica, durante a recolha de dados, o quadro técnico da instituição sofreu algumas alterações. Inicialmente, para além das enfermeiras, trabalhavam no lar uma Educadora social e uma Encarregada Geral/Técnica de Contas¹¹. À exceção das enfermeiras que se deslocavam por toda a instituição e interagiam constantemente com os residentes, sobretudo com os que necessitavam de cuidados de enfermagem ou com os que se encontravam doentes, a Educadora social e a Encarregada Geral/Técnica de contas apenas interagiam com os residentes por breves momentos do dia, como por exemplo, quando se realizavam atividades ou quando algum residente se deslocava aos seus gabinetes. Segundo vários testemunhos de residentes, os técnicos poucas vezes frequentam os espaços coletivos da instituição, nomeadamente, as salas de convívio. Uma residente, a D. Maria referiu: *“passam-se dias sem as ver. Elas não vêm aqui perguntar como estou. Se estou bem”*¹².

Do ponto de vista do papel atribuído a estes colaboradores, através da observação pode afirmar-se que a Educadora social tinha como responsabilidades o desenvolvimento de atividades socioculturais e tarefas mais burocráticas como a marcação de consultas, a organização e distribuição de bens alimentares e vestuário às pessoas carenciadas da comunidade. A encarregada geral/técnica de contas tinha como funções estabelecer os horários de trabalho e as escalas de serviço, organizar e controlar os serviços clínicos. Para além disso, era ela a responsável por estabelecer o primeiro

¹¹ Esta encarregada geral é vista pelos restantes profissionais e residentes como um profissional técnico. Aliás numa folha que se encontra no hall da entrada, o nome da encarregada geral encontra-se escrito na categoria de profissionais técnicos. No entanto, não aparece como encarregada geral, mas sim como técnica de contas

¹² Palavras de uma residente registadas no diário de campo no dia 23 de Fevereiro de 2015.

contacto com o diretor técnico e acompanhar alunos que pretendiam realizar algum trabalho académico na instituição.

Com o avançar do estudo, a Técnica de contas/Encarregada Geral saiu da instituição e entrou uma nova técnica da área da saúde, que passou a auxiliar a Educadora Social no seu trabalho. Depois de terminado o estudo, soube-se que entraram outros técnicos, nomeadamente, duas psicólogas.

Passando para a análise do pessoal afeto às tarefas de cuidado, começamos por abordar a formação das mesmas. Em termos de ações de formação dos colaboradores, o diretor técnico referiu que todos os anos se realizam ações de formação com estas. Segundo ele, *“as formações abrangem uma panóplia de temas”,* nomeadamente, *“cuidados geriátricos, segurança e higiene, sistema da qualidade, doenças geriátricas e primeiros socorros”*¹³. Durante a inventariação dos temas o diretor técnico não referiu qualquer tipo de formação no âmbito das sociabilidades, revelando o desinvestimento da instituição nesta dimensão. Quando questionado concretamente se nessas formações era trabalhada a questão das relações entre residentes e funcionárias este apenas respondeu *“algumas abordam estratégias para comunicar com os idosos”*.

Esta inexistência de sensibilização dos colaboradores para a necessidade e importância de se criarem relações próximas e profundas com os residentes, baseadas no princípio da igualdade, poderá explicar as relações que as funcionárias estabelecem com os residentes e evidenciar a lógica hierárquica que rege o funcionamento da instituição.

Na verdade, nesta instituição assiste-se ao que Goffman (1996) constatou em *Asiles*. À semelhança das instituições totais, neste lar verifica-se que os membros estão divididos em dois grupos: os idosos e os colaboradores, existindo uma distância social entre ambos e uma hierarquia bem evidente.

Podemos apontar como exemplo da presença destes dois mundos, a existência de espaços reservados aos funcionários – o gabinete médico, no qual raramente encontramos os residentes sozinhos - e espaços reservados aos residentes – salas de convívio, local onde raramente encontramos uma funcionária, a não ser que esteja a prestar algum serviço a um residente. Uma outra prática institucional que evidencia a divisão entre staff e residentes diz respeito às refeições: as funcionárias e os técnicos

¹³ Palavras do diretor técnico registadas no diário de campo no 8 de Outubro de 2014

fazem as suas refeições após os residentes. Em algum momento se observou um destes colaboradores a fazer a refeição junto dos residentes.

Para além desta divisão social que caracteriza as instituições totais é claramente evidente quem exerce o poder e quem obedece (Goffman, 1996). Neste caso, os idosos são controlados e os colaboradores exercem a função de supervisores dos controlados. As refeições são exemplo desse poder hierárquico, uma vez que os residentes não participam na sua planificação e preparação, não dão a sua opinião e não decidem o que querem comer. Aliás, segundo as observações realizadas podemos afirmar que na cozinha é muito raro entrarem idosos, exceto quando uma vez por mês são feitos os bolos de aniversário ou quando algum residente entra na cozinha para fazer um pedido às funcionárias, que normalmente é atendido com prontidão. Normalmente é o cozinheiro, juntamente com as funcionárias que se encontram na cozinha, que tomam as decisões relativas às refeições. A ementa não é feita por um(a) nutricionista, mas sim pelo cozinheiro, que apenas tem em conta as considerações médicas em relação a residentes com algumas doenças.

O controlo das funcionárias em relação à vida dos residentes não é a única característica que podemos observar neste contexto e que é apontada por Goffman (1996) como uma das características das instituições totalitárias. Na verdade, no lar em estudo, a interação entre os funcionários e os residentes é muito superficial e reduzida.

Na instituição, as ajudantes de ação direta estão distribuídas por turnos e três pisos, tendo uma supervisora que coordena as suas tarefas. As suas tarefas prendem-se, sobretudo, com a limpeza, a prestação de cuidados de higiene e com a alimentação. Durante a realização destas tarefas verifica-se que as ajudantes de ação direta pouco conversam com os idosos a quem estão a prestar um serviço, não tomando partido do momento, que por vezes é tão íntimo (por exemplo: a realização da higiene) para estreitar a relação com o idoso e para reforçar a sua identidade, conversando com ele e valorizando a sua vida e as suas experiências. Este aspeto agudiza-se quando o idoso encontra-se físico ou cognitivamente debilitado.

Com os residentes mais independentes, os colaboradores respeitam minimamente as decisões dos idosos (por exemplo observou-se um idoso está a conversar com outro e chega uma colaboradora que se apercebe que eles estão a conversar e volta mais tarde) reconhecem a sua individualidade (por exemplo: tratam-nos pelo nome “Sr. António”), promovem a sua identidade (por exemplo: permitem aos idosos trazerem a sua mobília, objetos pessoais, recordações, etc), a sua autonomia (por

exemplo: encorajam o idoso a ser responsável por ele próprio *“eu lavo a minha roupa, ponho-a naquele estendal, tá a ver? Quando está seca apanho-a, passo-a e guardo-a”*¹⁴) e preservam a sua dignidade e intimidade (por exemplo: não expõe a realização da higiene a outros idosos). Já com os residentes dependentes a nível físico e/ou com comprometimento cognitivo, isso não se verifica com tanta regularidade. No dia-a-dia, frequentemente os colaboradores tratam os idosos dependentes por diminutivos (por exemplo: *“oh alzirinha, doi-te o braçinho?”*¹⁵), não promovem a sua participação na tomada de decisão (por exemplo: não perguntam que roupa querem vestir), não preservam a sua intimidade e dignidade (por exemplo: uma funcionária num sala de convívio fala alto para uma idosa de cadeira de rodas: *“Faça na fraldinha, que depois eu venho limpá-la, tá bem?”*¹⁶) e não respeitam as suas decisões (uma funcionária diz a um idoso: *“tem de vir à casa de banho, agora!”*¹⁷).

Estas práticas, por parte das ajudantes da ação direta, não só evidenciam que o tratamento depende do estatuto de saúde e cognitivo dos residentes (Singly & Mallon, 2000) como contribuem para uma afastamento social entre os residentes e ajudantes de ação direta.

Esta realidade é também comum em relação ao serviço da lavandaria. As funcionárias da lavandaria responsabilizam-se por todas as tarefas relacionadas com a roupa, isto é, lavam, secam, passam, cozem alguma peça, quando é preciso e numeram as peças de roupa, quando chega um novo residente. Não obstante a todos estes serviços, alguns residentes, os mais independentes, por iniciativa realizam estes serviços, isto é, lavam, estendem e passam a sua roupa. É importante salientar que a maioria dos residentes que não estão acamados referiu na aplicação do Índice de Lawton que lavam as suas pequenas peças (meias e cuecas) na casa de banho do seu quarto.

Normalmente estas funcionárias encontram-se numa sala no rés-do-chão, interagindo muito pouco com os residentes. Pontualmente, os residentes deslocam-se à lavandaria para resolver qualquer situação anómala, como a perda ou troca de alguma peça de roupa ou, então, para conversar com alguma funcionária.

Um outro serviço prestado é o transporte dos residentes a consultas ou exames médicas, a idas ao banco, a funerais e a atividades promovidas por outros organismos da

¹⁴ Palavras de uma residente registadas no diário de campo no dia 16 de Fevereiro de 2015.

¹⁵ Palavras de uma funcionária registadas no diário de campo no dia 11 de Dezembro de 2014

¹⁶ Palavras de uma funcionária registadas no diário de campo no dia 11 de Dezembro de 2014

¹⁷ Palavras de uma funcionária registadas no diário de campo no dia 14 de Novembro de 2014

comunidade, como por exemplo, bailes institucionais e passeio anual promovido pela câmara municipal. É importante destacar que este serviço não está disponível para todos os residentes. De acordo com alguns residentes, alguns idosos não são informados da realização das atividades que decorrem na comunidade, sendo que os idosos mais dependentes, sobretudo os de cadeira de rodas, são imediatamente excluídos dessas atividades, uma vez que implicam uma maior disponibilização de recursos humanos para os acompanhar. Esta exclusão em relação a atividades desenvolvidas na comunidade poderá levar a que 24,3% dos idosos da amostra tenha referido na aplicação da escala de solidão que se sente algumas vezes ou muitas vezes excluído (ver anexo 3), uma prática institucional que em conjunto com outras contribuem para que o isolamento e a solidão sejam uma realidade comum aos residentes mais dependentes.

No início do estudo, o serviço de transporte era assegurado pela Educadora Social. Porém, com o avançar do estudo, passou a ser prestado por uma outra técnica e mais tarde, ainda, por um residente com pouca idade. Independente de quem presta este serviço, a interação entre o residente e o prestador circunscreve-se, principalmente, ao momento em que se presta o serviço.

Para além dos funcionários, a instituição conta com alguns voluntários, que se ocupam com a realização de algumas atividades pontuais, como por exemplo, atividades de animação ou com atividades semanais de cariz religioso. Todas as sextas feiras, duas voluntárias deslocam-se por toda a instituição para dar a comunhão a quem não pode ou não quer ir à missa, que se realiza à sexta-feira, às 17 horas.

Normalmente, estas duas voluntárias antes de iniciarem a comunhão conversam com os residentes que se encontram na sala de convívio e à medida que percorrem os quartos dos residentes acamados para lhe darem a comunhão aproveitam o momento para trocar confidências. Através da observação, pode se afirmar que as voluntárias são as pessoas que frequentam a instituição que mais interagem com todos residentes, independentemente do seu estado físico e/ou cognitivo.

2.4.2. Relações entre os residentes

Atendendo aos objetivos do estudo, interessa-nos, pois agora analisar as relações que os residentes estabelecem entre si e em que medida as práticas institucionais preservam ou até reforçam das sociabilidades dos idosos, como estratégia de combate à solidão.

Começamos por analisar as práticas institucionais relativas à admissão e ao acolhimento do residente na instituição, uma vez que estas têm um impacto preponderante na adaptação do residente a esta nova realidade e, consequentemente, nas sociabilidades que se estabelecem entre os residentes (Guedes, 2012).

Em relação à admissão dos residentes, de acordo com vários depoimentos de idosos, o diretor reúne-se com o novo residente antes da sua entrada, instruindo-o relativamente às regras e ao funcionamento da instituição. Uns dias antes da entrada, põem-se em prática o que Goffman (1996) intitula de “processos de arrumação ou programação”, nomeadamente, é preenchida uma ficha de dados básicos, enumera-se e cataloga-se bens pessoais e atribui-se roupas institucionais ou o residente faz-se acompanhar pelas suas roupas. Para além disso, designa-se um lugar para o internado conforme o seu “nível hierárquico”, isto é, dependendo da “camada social” e/ou do “estatuto”, o residente tem direito, ou não, a determinado espaço a que outros idosos não têm (Fischer, 1994, p. 140).

No caso do lar em concreto, o diretor referiu que este lugar é determinado tendo em conta a capacidade física, psicológica e financeira, as preferências do residente e a sua personalidade. Segundo ele, um residente com a capacidade física ou cognitiva comprometida terá que ficar num quarto com um residente independente, para que este seja uma fonte de ajuda. Não obstante, no momento de atribuição do quarto, o diretor procura atender às preferências do residente e à sua personalidade, isto é, colocar no mesmo quarto pessoas que já se conheciam e com personalidades idênticas¹⁸. Dependendo da capacidade financeira, o residente tem a oportunidade de escolher um quarto individual ou partilhar um quarto.

No caso dos casais, o diretor técnico refere que a instituição garante um quarto aos casais que entram para a instituição, motivo principal pelo qual estes residentes permanecem muito tempo na lista de espera. No entanto, apesar de a instituição garantir um quarto de casal, as camas são individuais.

Segundo o diretor técnico, e de acordo com alguns testemunhos de residentes, é permitido ao residente a mudança de quarto ou de colega de quarto, mediante um pedido. Todavia, alguns residentes referiram que quando fazem esse pedido, muitas vezes o diretor técnico não procede a essa alteração, alegando a falta de disponibilidade de quartos.

¹⁸ A avaliação da personalidade não está sujeita a um teste de personalidade. Consiste, apenas, nas informações que o idoso fornece nos primeiros contactos com o diretor.

No dia da entrada do residente, o diretor faz uma apresentação do idoso aos restantes, aproveitando-se de um momento mais solene, como por exemplo uma refeição. Normalmente refere o nome, o local de origem do residente e alguns dos seus gostos e interesses. Recordando-se da sua entrada na instituição, o Sr. Manuel referiu que o diretor disse as seguintes palavras: *“Temos um novo membro na nossa família, é o sr. Manuel”*¹⁹. É neste momento que a maioria dos residentes tem conhecimento da entrada de um novo membro tornando-se, assim, evidente que embora se assista a uma certa comunicação entre os internados e a equipa, esta comunicação é restrita em relação aos níveis mais elevados da equipa dirigente (Goffman, 1996). Como o autor refere, a transmissão de informação entre os dois grupos é limitada: os internados não têm conhecimento das decisões dos dirigentes sobre a instituição e consequentemente, sobre o seu destino.

Após esta apresentação superficial, o diretor abandona o novo residente no local onde foi feita a apresentação e este fica à mercê dos olhares dos outros, dos murmúrios entre os residentes e da iniciativa de alguém que o acompanhe no dia e nos próximos dias. Estes momentos iniciais numa instituição estão carregados de simbolismo, e os indivíduos são obrigados a aceitar ou a rejeitar este novo contexto de vida, que é, desde logo, marcado por um funcionamento, por regras e por horários diferentes ao passado do indivíduo (Guedes, 2012). Aliás, o discurso de uma idosa comprova a diferença entre viver numa casa própria e viver numa instituição: *“ quando entrei senti-me pouco à vontade com os outros idosos”, “a adaptação foi complicada”, uma vez que “estava habituada a minha casa, a ir para o campo esgravar na terra, a fazer o que queria e aqui já não é assim”*²⁰. Assinalou também a estranheza que sentiu no início quando as funcionárias *“vieram dar-me banho”*.

Face a isto, o indivíduo adota determinadas posturas que, com o avançar do tempo, poderão promover a criação de relações estreitas e fortes entre o mesmo e os restantes membros da instituição ou, por seu turno, estratégias que o levarão a isolar-se e/ou a experienciar o sentimento de solidão.

De facto, se analisarmos as estratégias de adaptação dos residentes no lar estudado com base nas estratégias que mais se verificam no estudo de Guedes (2012), constatamos que a maioria delas promove não só o isolamento dos idosos, uma vez que na maioria delas o contacto e a interação entre os residentes é reduzido ou inexistente,

¹⁹ Palavras de um residente registadas no diário de campo no dia 18 de Fevereiro de 2015

²⁰ Palavras de uma residente registadas no diário de campo no dia 25 de Fevereiro de 2015.

como contribui para que a solidão seja um sentimento comum neste contexto. Aliás, os resultados de um item que compõe a escala de solidão confirmam isso mesmo, a maioria dos participantes (56,8%) referiu que algumas vezes as pessoas estão à sua volta, mas não estão com eles (ver anexo 3), o que mostra que nas relações que os residentes estabelecem entre si não há partilha de sentimentos, de carinho, de amizade, de entreajuda.

Uma das estratégias adotadas pelos residentes refere-se ao retraimento sobre si próprio (Guedes, 2012). Grande parte dos residentes, sobretudo os mais dependentes, não são mais do que meros observadores das atividades e dos acontecimentos que ocorrem no quotidiano da instituição. Nas observações realizadas em relação ao quotidiano das salas de convívio, verificou-se a teledependência como forma de combate à solidão (Pais, 2006). A maioria dos residentes dependentes passa o dia a ver televisão e mesmo quando alguém entrava nas salas e os saudava, alguns nem desviavam o olhar da televisão para verem quem era. Segundo Pais (2006) os apresentadores passam a constituir família e companhia destes idosos, consagrando ainda mais a experiência de solidão.

Na verdade, o reduzido diálogo entre os residentes durante o dia-a-dia é uma característica desta instituição. Apesar dos residentes se encontrarem reunidos nas salas de convívio e nas mesas do refeitório, normalmente, apenas conversam com o colega do lado, sendo que esta conversa se resume a perguntas e respostas. Aliás, este colega do lado é sempre o mesmo, uma vez que cada idoso tem o seu lugar marcado (no refeitório, no quarto e na sala de convívio), sendo impensável alguém ocupar outro lugar. As cadeiras são como Goffman (1996) designa, “territórios do eu” e quando alguém ocupa um lugar, quer o “dono” desse lugar, quer os restantes idosos “expulsam o intruso” desse espaço. A ocupação de um lugar que à partida pertence a um outro residente é motivo para se gerarem discussões, sobre as quais, normalmente, não intervém nenhum colaborador.

Aliás, esta marcação de território é permitida e estimulada pelos colaboradores, uma vez que durante a observação assistiu-se a uma colaboradora a dizer: *“vamos para aquele lugar, por que este é do Sr. António e ele não gosta nada que o ocupem”*²¹. Evidencia-se, assim, o poder dos colaboradores face aos desejos/opiniões dos residentes e a lógica de controlo da instituição em relação à ocupação dos espaços institucionais.

²¹ Palavras de funcionária registadas no diário de campo no dia 26 de Novembro de 2014

Os espaços onde os idosos são “colocados” são no entendimento de Fischer (1994), atribuídos de uma forma lógica, uma vez que, os residentes físicos ou cognitivamente debilitados são colocados em espaços onde possam ser controlados.

Uma outra característica que pode ser apontada em relação à interação entre os residentes é o facto de se observar que os residentes de um piso pouco ou nada conversam com os residentes de um outro piso. Isto está relacionado com o facto de que as próprias condições do espaço físico não dão total resposta às necessidades dos residentes. Para se deslocarem de um piso ao outro os mais dependentes têm que subir as escadas ou utilizar o elevador que, como referimos anteriormente, encontra-se muito distante dos espaços coletivos.

Um outro aspeto que realça as escassas sociabilidades entre os residentes é o facto de os residentes de diferentes estados físicos e cognitivos não interagirem, talvez por questões mais subjetivas, uma vez que os mais dependentes funcionam como o espelho do futuro dos mais independentes - a dependência e a finitude da vida (Singly & Mallon, 2000). Ou então, por questões mais práticas relacionadas com o facto de que os residentes acamados ou com défices cognitivos se encontram nos seus quartos ou num canto oposto aos residentes independentes.

A falta de camaradagem referida pela maioria dos residentes na escala de solidão (70,2%) (ver anexo 3) e a inexistência de um espírito de união entre os residentes é, também, visível no facto de os residentes não terem um idoso que os represente nas tomadas das decisões organizacionais. No entanto, não podemos atribuir a inexistência de um representante dos residentes à ausência quase total de reação por parte dos residentes, uma vez que durante a aplicação do protocolo a uma residente, esta referiu que já propôs a sua presença numa das reuniões semanais dos vários colaboradores com o objetivo de defender a sua opinião e propor novas atividades. No entanto, talvez porque apenas um residente se insurgiu contra as práticas da instituição e não tem o apoio dos restantes residentes, viu o seu pedido ser negado pela direção. Assim, a instituição assume o controlo total da vida dos residentes, não tendo em consideração as suas opiniões e desejos.

Uma outra estratégia adotada por grande parte dos residentes é o anonimato (Guedes, 2012). Neste caso, os residentes procuram passar despercebidos, passando o menor tempo possível no lar. Durante o dia, estes idosos passeiam pelo exterior do lar ou mesmo pelo centro da freguesia, regressando no horário das refeições e à noite.

Para passarem despercebidos os residentes optam, também, por passar o dia no quarto. Enquanto a fuga do lar é utilizada, principalmente, pelos residentes do sexo masculino, o refugio no quarto é característico das mulheres independentes.

A esta estratégia, segue-se a da individualização, adotada principalmente, pelos residentes fisicamente e cognitivamente debilitados (Guedes, 2012). Na verdade, estes residentes tendem a ser excluídos pelo coletivo, possivelmente pelo receio de enfrentar a imagem decrépita do seu futuro (Singly & Mallon, 2000). São os residentes que se vêm excluídos da vida social e relacional. Consequentemente, são os que mais sentem solidão. Para fazer face à escassez de contactos, muitos destes residentes fisicamente debilitados buscam um relacionamento com entidades divinas, ocupando o seu dia com orações e leituras de livros bíblicos. Como Pais (2006) refere, aqui, não se colocam entraves ao convívio, uma vez que estão sempre disponíveis.

Em menor escala encontramos a adoção de duas outras estratégias: diferenciação e conversão. Em relação à primeira, esta é posta em prática por indivíduos que sentem necessidade de obter reconhecimento por parte dos outros (Guedes, 2012). Com por exemplo, residentes que se assumem a responsabilidade de coordenar o terço todos os dias, quase proibindo os restantes da realização desta prática quotidiana.

Já a estratégia conversão é utilizada por alguns residentes que se esforçam por assumir uma postura de residentes perfeitos, estando totalmente disponíveis face às necessidades do pessoal (Guedes, 2012) como é exemplo, o de algumas residentes que ajudam todos os dias as funcionárias na cozinha, no refeitório e na lavandaria.

Independentemente da estratégia que o residente adota para se adaptar à vida institucional e, em jeito de conclusão, podemos dar uso às palavras de Guedes (2012), nomeadamente que, na sua grande maioria, evidenciam a lógica de conformação dos residentes perante o ambiente e indiretamente, o parco esforço da instituição em fomentar a postura crítica dos residentes e as sociabilidades entre os residentes, entre estes e os colaboradores e entre os residentes e o exterior.

2.4.3. Relações entre os residentes e os familiares

Para além destes elementos humanos em presença no lar e embora a sua presença no lar não seja tão assídua, os familiares, amigos ou outros fazem parte do quotidiano institucional.

Na verdade, sabe-se a frequência e a diversidade de contactos com familiares, vizinhos e amigos assumem uma importância preponderante na vida do institucionalizado, uma vez que estas relações são sentidas como motivo de orgulho e permitem aos residentes mostrarem que embora, em alguns casos, não tenham relações estreitas com outros residentes, não estão sós, que têm família/amigos e/ou outros e uma história de vida para além daquele espaço (Guedes, 2012). Aliás, os resultados da aplicação da escala de solidão comprovam o referido, isto é, embora se tenha analisado no tópico anterior que os laços entre os residentes não são fortes, a maioria dos idosos da amostra (81%) referiu que nunca ou raramente sentem que não fazem parte de um grupo de amigos (ver anexo 3). Poderemos, então, atribuir estes resultados à quantidade e/ou qualidade de contactos sociais com pessoas externas à instituição.

É certo que os resultados da grelha de visitas preenchidas pelas funcionárias durante os meses de Novembro e Dezembro de 2014 mostram que maioria dos residentes nesta instituição recebe visitas (57%). Em conformidade com os resultados do estudo de Guedes (2012) são sobretudo os familiares que mais visitam os idosos (81%), seguindo-se os amigos (19%).

Estas percentagens são idênticas em relação aos resultados obtidos na aplicação do protocolo de avaliação. A maioria dos idosos da amostra recebe visitas (94,6%) e são, também, os familiares que mais visitam os idosos (63,6%), seguindo-se os amigos (36,4%). No entanto, a frequência com que os idosos da amostra são visitados por familiares e amigos é diferente. Alguns destes idosos são visitados pelos seus familiares e amigos apenas uma vez por ano (8,1%), outros semestralmente (5,4%), de quatro em quatro meses (2,7%), trimestralmente (8,1%), de 2 em dois meses (8,1%), mensalmente (10,8%), quinzenalmente (27,0%) e semanalmente (24,3%).

No entanto, como podemos verificar através das percentagens referidas, poucos são os idosos que recebem visitas com regularidade, isto é, semanalmente e quinzenalmente. Os idosos apontam como justificações para esta realidade a necessidade de os familiares, amigos ou outros trabalharem, estarem distantes do lar e passarem dificuldades económicas.

Na verdade, estas razões poderão justificar a reduzida assiduidade das visitas, uma vez que, por exemplo, alguns residentes são de distritos diferentes e provavelmente os seus familiares, amigos ou outros são desses mesmos locais, o que implica que para visitarem o residente, os familiares, amigos ou outros tenham de percorrer essa distância. No entanto, esta desculpabilização poderá estar relacionada com o facto de

saberem que se se queixassem da situação alimentariam mais tensões e sobretudo poderiam cair num abandono completo (Pais, 2006).

Num polo oposto, como verificamos anteriormente, há residentes que são visitados quinzenalmente e semanalmente pelos seus familiares, amigos ou outros. Para entendermos estes resultados, importa analisar de que forma o funcionamento da instituição contribui, ou não, para a promoção destes contactos e contraria a rutura que, na maioria das vezes, ocorre nas relações sociais quando um indivíduo entra para uma instituição (Pimentel, 2001).

Começamos por analisar as normas da instituição relativas ao horário e ao local de visitas. Embora o diretor refira que o lar tenha definido um horário de visitas, este não se encontra afixado em nenhum espaço. O mesmo referiu que a qualquer hora, “dentro da normalidade”²², os residentes podem ser visitados no local que pretenderem. De facto, no lar em causa não assistimos ao que fischer (1944, p. 140) denomina de regra da “fruição pontual” dos espaços, uma vez que nas observações realizadas constatou-se que os residentes recebem as visitas em diferentes horários e em vários locais. Isto é, os residentes recebem visitas durante a manhã e tarde, mesmo, no horário das refeições. Assim como se observou idosos a serem visitados nas salas de convívio, nos quartos ou nos espaços exteriores. Por norma, os residentes recebem visitas no local onde se encontram, principalmente, quando os idosos são mais dependentes.

Esta flexibilidade em relação ao regulamento das visitas cria as condições necessárias para que os residentes sejam regularmente visitados por pessoal externo ao lar e revela o não controlo dos espaços institucionais. Não obstante estes pontos positivos, os residentes não são avisados atempadamente de que irão receber visitas, não podendo desta forma pronunciar-se se pretendem ou não receber a visita, preparem-se para a visita, etc. Do mesmo modo, não é feito um registo da visita nem é dado um crachá ao visitante que o identifique perante os residentes e os funcionários, o que faz com que a instituição não tenha um controlo formal e legal sobre quem entra e sai e quantas vezes os idosos recebem visitas.

É verdade que a maioria dos residentes recebe visitas e alguns com bastante regularidade. No entanto, muito mais do que analisar os contactos estabelecidos entre os residentes e os seus familiares, amigos e/ ou outros do ponto de vista numérico importa, também, perceber a qualidade do momento da visita e em que medida a instituição

²² Entende-se por normalidade manhã e da tarde.

contribui para que as visitas sejam um momento íntimo, onde os residentes podem estreitar as suas relações.

Assim, embora os residentes tenham a liberdade de receber visitas no espaço que queiram (sala de convívio, refeitório, quarto ou outro espaço) não existe um espaço minimamente acolhedor que seja destinado para esse fim, o que revela não só o fechamento da instituição ao mundo exterior, como impõe limitações às sociabilidades dos residentes. Este aspeto agudiza-se quando os residentes têm dificuldades de deambulação e por isso recebem as visitas no lugar onde se encontram a maior parte do tempo, nomeadamente, na sala de convívio. Estes vêm as suas relações expostas aos olhares dos outros e, talvez por esse motivo se verifique que na maioria das vezes que são visitados não interagem com os visitantes.

Normalmente, os familiares, amigos ou outros que vistam um residente com debilidades físicas ou cognitivas não fazem nada mais do que sentarem-se ao seu lado. O mesmo acontece com alguns residentes mais independentes que passam o dia na sala de convívio. Constatou-se que em alguns casos, os visitantes e o idoso visitado ocupam o tempo da sua visita a olharem para a televisão ou observando o que se passa ao seu redor, esperando que passem as horas. Isto poderá acontecer não só pelo receio dos residentes verem a sua intimidade exposta nas visitas como, também, devido à falta de investimento da instituição em matéria de atividades que promovam as relações entre os residentes e os familiares, amigos e outros durante o tempo da visita.

Na verdade, a instituição apenas promove ocasionalmente atividades que envolvam a família, os amigos e/ou outros nas dinâmicas quotidianas. Apenas nos dias festivos é que estes elementos humanos são chamados a fazerem parte destas atividades. E, mesmo assim, esta participação é muito rudimentar, uma vez que, na maioria das vezes, estes assumem o papel de meros observadores do que se passa. Do mesmo modo, não se verifica com grande expressividade o incentivo das famílias a virem buscar os residentes para que estes possam passar momentos fora da instituição e voltem a lugares simbólicos, como por exemplo a sua antiga residência, freguesia, etc (Guedes, 2012).

Para além das visitas, um outro modo de manter o contacto entre os residentes e os familiares, amigos ou outros e que reduz o sentimento de solidão é através dos telefonemas (Fees, Martin & Poon, 1999). Aliás os autores referem que “a quantidade de contacto face-a-face com os outros (visitas) pode ser menos relevante do que ter um

confidente íntimo, relação que pode ser mantida com o telefone” (Fees, Martin & Poon, 1999, p. 238).

No contexto estudado, os residentes mantem o contacto com os familiares e amigos, utilizando um telefone próprio ou então o telefone da instituição. De acordo com os resultados, a maioria dos idosos da amostra (89%) recebe/faz telefonemas. Maioritariamente é a família quem telefona para os idosos (68,3%), seguindo-se os amigos (26,8%) e, por ultimo, outros (4,9%). Estes telefonemas têm como periodicidade, ocasional (21,6%), anual (2,7%), semestral (8,1%), trimestral (2,7%), de 2 em dois meses (5,4%) mensal (16,2%), quinzenal (13,5%), semanal (13,5%) e diária (5,4%).

Na verdade, observou-se muitos residentes a telefonarem para familiares, amigos ou outros utilizando o telefone da instituição. Por oposição ao que Guedes (2012) observou no lar estudado, em que atender chamadas com privacidade era uma prática muito rara, no lar estudado observou-se que na maioria dos casos, a Educadora Social ou as funcionárias traziam o telefone ao residente e este atendia a chamada, sem que estas estivessem ao seu lado à espera que o telefonema terminasse. Assim, o idoso tem a oportunidade de conversar com o familiar/amigo/outro, sem que a intimidade da conversa esteja ameaçada pela presença de outros.

Capítulo 3: Implicações para as práticas de combate à solidão no lar em estudo

Depois de estudar profundamente o funcionamento da instituição e de que modo este influencia, ou não, o sentimento de solidão, neste ponto do trabalho traçam-se alguns roteiros de intervenção, teoricamente sustentados, que contribuem para o colmate das necessidades detetadas nesta instituição.

As necessidades e as possíveis intervenções são apresentadas de acordo com os seguintes hipóteses operacionais: melhoria dos espaços, recursos e acessibilidades como via para favorecer a autonomia e a integração comunitária; o estímulo à participação dos residentes no quotidiano do lar enquanto estratégia para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença; e a promoção das sociabilidades dos elementos humanos em presença no lar como estratégia de combate da solidão.

3.1. A melhoria dos espaços, recursos e acessibilidades como via para favorecer a autonomia e a integração comunitária

Tendo em conta que o meio ambiente (habitação, condições de conforto, residência, proximidade de serviços) tem um impacto decisivo no processo de envelhecimento e na velhice (Wahl & Weisman, 2003 cit in Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2011) começamos por refletir sobre as necessidades relativas à diversidade e qualidade dos espaços, dos recursos e dos serviços envolventes ao lar e que intervenções deverão ser feitas para minimizar/colmatar essas necessidades.

A partir da nossa observação constatamos que a instituição se localiza num sítio ermo e distante do centro. Do mesmo modo, os serviços de transporte disponíveis aos residentes são praticamente inexistentes e desadequados à sua funcionalidade.

De facto, a distância dos serviços e a desadequação dos transportes às necessidades dos mais velhos já foi referida por Lehning num estudo em 2011. Segundo o autor, a criação, o desenvolvimento e a adequação dos serviços à população idosa deve ser uma das prioridades no campo da intervenção nos mais velhos. Os serviços disponíveis numa comunidade devem estar pensados para minimizar os entraves aos mais velhos, otimizar o envelhecimento bem-sucedido, e sobretudo, integrar os mais velhos na sociedade.

Neste sentido, seria necessário que a instituição em parceria com os órgãos locais procedessem à alteração de algumas infraestruturas, isto é, construíssem um passeio para peões desde a instituição ao centro. Do mesmo modo, consideramos importante a adequação do serviço de transportes públicos às necessidades e horários dos idosos, nomeadamente, a colocação de uma rampa eletrónica nos transportes públicos e o estabelecimento de um horário compatível com os horários dos residentes.

Uma outra necessidade identificada na instituição, que pode promover o isolamento dos residentes e, conseqüentemente, ou não, a solidão, diz respeito à desadequação das acessibilidades às necessidades dos residentes. Pelo que se observou, constatou-se que qualquer uma das portas da instituição tem abertura manual, o que dificulta a passagem dos residentes de um espaço para o outro e contribui para que os residentes mais dependentes se encontram praticamente no mesmo espaço durante todo o dia. Deste modo, seria importante que este sistema de acessibilidade sofresse melhorias, por exemplo, substituição destas portas manuais por automáticas, no sentido de promover a deslocação mais livre dos residentes nos diferentes espaços da instituição e contribuir para a manutenção da autonomia dos residentes durante mais tempo.

Por via da observação levada a cabo verificou-se, também, que o piso exterior da instituição é composto por cubos com gretas, onde os residentes colocam os pés, bengalas, canadianas, rodas de cadeira de rodas, podendo se desequilibrar e até mesmo cair. Neste sentido, seria importante que a instituição construísse ao longo de todo o espaço exterior um caminho com um piso regular, bem sinalizado e com ajudas protésicas, nomeadamente, um corrimão.

Do mesmo modo, consideramos que instituição deve apostar em mais ajudas em matéria de orientação espacial, uma vez que nem todos os espaços encontram-se sinalizados. Não existe nenhuma placa a indicar as salas de convívio, as cozinhas, os refeitórios e o elevador. Assim, com receio de se perderem na instituição, os residentes com dificuldades de orientação espacial acabam por permanecer no mesmo espaço durante todo o dia e não interagir com outros residentes que estão noutros locais da instituição.

Para além destas ajudas de orientação espacial e tendo em conta que a maioria dos residentes apresenta défice cognitivo significativo (58%), consideramos que uma outra estratégia para evitar o isolamento destes residentes poderá passar pela promoção de sessões de terapia de orientação para a realidade relembrando, por exemplo, com estes o local onde se encontram e os restantes espaços da instituição (Camara, Gomes,

Ramos, Moura, Duarte, Costa, Ramos, Lima, Camara, Silva, Silva, Ribeiro & Fonseca, 2009). Assim como, para evitar que os problemas cognitivos ou funcionais sejam um entrave a quem quer estar em contacto e interação entre os residentes, consideramos que a instituição deve procurar desenvolver atividades de estimulação cognitiva e funcional, que poderão melhorar ou contribuir para o retardamento do défice cognitivo e problemas funcionais dos idosos. Aliás, os resultados de um estudo realizado por Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi e Camargo (2002) que objetivava apresentar os resultados preliminares de estudo acerca de um tratamento que combinava o treino cognitivo com a abordagem medicamentosa mostram que esta prática terapêutica promove a estabilização ou melhora os défices cognitivos e funcionais dos idosos demenciados.

Uma outra necessidade detetada na instituição diz respeito à qualidade de espaços, mais concretamente à decoração dos mesmos. De facto, observou-se que a decoração dos espaços de socialização não está a cargo dos residentes, mas sim dos profissionais que lá trabalham. As salas de convívio estão decoradas com santos, calendários, quadros de bem feitos, velas e jarras com flores. Não foi possível verificar qualquer objeto pessoal dos residentes. Do mesmo modo que em momento algum se observou algum residente a colocar ou a mudar algum objeto de local.

Assim, tendo em consideração que os objetos pessoais não só simbolizam a história de vida dos residentes como evidenciam a identidade de cada indivíduo, consideramos, pois, que a instituição deve permitir e estimular os residentes para a organização e decoração dos espaços coletivos da instituição, contribuindo deste modo para que a instituição preserve a sua identidade e autoestima, confira um certo grau de controlo dos residentes sobre a sua vida e seja realmente a “casa dos residentes” (Guedes, 2012). Aliás, os resultados de um estudo realizado por Rivlin (1982, cit in Fischer, 1994, p. 144) sobre o impacto das regras relativas à organização de espaços institucionais no comportamento dos indivíduos mostram que, as transformações do espaço pelos indivíduos que o ocupam traduzem-se “num processo de desinstitucionalização do lugar”, uma vez que estes perdem a “mensagem institucional”.

No nosso entender a decoração dos espaços poderá passar pela possibilidade dos residentes colocarem novos objetos, mudar a disposição do mobiliário, pintar as paredes, entre outros aspetos. É importante que esta decoração/organização atenda aos gostos, interesses e necessidades dos residentes, numa tentativa de contrariar o

sentimento de desapropriação, que segundo Fischer (1994) potencia a criação e o aumento de espaços de isolamento.

4.2. O estímulo à participação dos residentes no quotidiano do lar enquanto estratégia para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença

À luz do que o Goffman (1996) nos diz acerca da influência que o quotidiano institucional tem na vida social dos indivíduos, mais concretamente, que quanto mais as rotinas e as regras da instituição se assemelham a uma “instituição totalitária”, mais os indivíduos se sentem sós, enumeramos seguidamente as necessidades identificadas relativamente ao quotidiano institucional. Assim como, delineamos intervenções que colmatem tais necessidades, promovam as sociabilidades e reforcem o sentimento de pertença.

De acordo com as observações efetuadas podemos afirmar que o quotidiano institucional é regido por normas, regras e rotinas definidas totalmente pela equipa dirigente e pelos cuidadores, das quais os residentes não fazem parte. Evidencia-se, assim, a presença de dois mundos sociais: os colaboradores e os internados e o poder totalitário que os primeiros exercem nos segundos (Goffman, 1996)

Exemplos do referido é o facto de que não é permitido aos residentes participarem nas reuniões semanais do pessoal e não se observar a interferência dos residentes nas tarefas quotidianas (exemplo: na escolha das refeições).

Tendo em consideração que qualquer instituição deve garantir aos residentes a oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões, sob pena de violar o “princípio do respeito pela pessoa do residente e sua autodeterminação” (Vicente, Alvarez, Cadete, Quintela, Lopes e Cordeiro, 2005, p. 27), consideramos que os colaboradores devem permitir e encorajar os residentes a tomarem decisões e a expressarem a sua opinião e os seus desejos, autorizando deste modo, a criação de comités compostos por residentes e sua participação nas reuniões de tomadas de decisão (Guedes, 2012). Este trabalho coletivo não só permitirá o desenvolvimento do sentimento de pertença, como promoverá o estreitamento das relações entre os vários elementos da instituição, que por sua vez contribuirá para a diminuição do sentimento de solidão.

Uma outra necessidade detetada, no contexto em estudo, diz respeito ao modo como os cuidadores prestam os cuidados básicos aos residentes, sobretudo, aos mais dependentes e acamados, que de acordo com Guedes (2012) contribuem para a

fragilização da identidade do indivíduo e fomentam reações defensivas por parte dos residentes.

Os residentes mais dependentes e acamados têm que aguardar sua vez para iniciar o dia, assumindo durante todo o processo de prestação de cuidados o papel de meros observadores. São as funcionárias que decidem o horário e o modo de prestação dos cuidados. Em momento algum se observou as funcionárias a questionar o idoso sobre se pretende levantar-se nesse momento ou mais tarde, tomar banho hoje ou num outro dia, vestir-se agora, mais tarde ou então ficar de pijama e/ou que pretende vestir.

Atendendo a estas lacunas e numa tentativa de valorizar a componente do indivíduo enquanto ser relacional e de afetos, seria importante que as funcionárias promovessem a participação dos residentes no processo de cuidado e permitissem a opção por escolhas (Guedes, 2012). Esta participação poderá passar, por exemplo, pela implicação dos idosos na escolha da roupa e calçado que pretendem usar.

Uma outra prática institucional que pode levar ao retraimento social prende-se como o local das refeições dos residentes que se encontram nos cadeirões nas salas de convívio. É uma prática contínua e reiterada que estes residentes façam as refeições uns minutos antes dos restantes residentes nesse mesmo local, sob o olhar dos outros idosos. São momentos que repercutem sérias consequências no bem-estar dos residentes. Por um lado, desmoralizam os mais independentes em relação à sua saúde no futuro (Singly & Mallon, 2000) e por outro, contribuem para a despersonalização dos mais dependentes, pois vêm as suas debilidades postas à vista de outros (Guedes, 2012). Consideramos, então, que para evitar esta situação, estes residentes deveriam fazer as suas refeições no refeitório, minutos antes dos restantes, ou fazê-las na sala de convívio, apenas, quando os restantes residentes estivessem nos refeitórios.

No âmbito das práticas institucionais detetou-se, ainda, a falta de um plano de acolhimento planeado com e para o residente. De facto, verificamos que após a admissão no lar e apresentação aos restantes elementos do lar, o novo residente é “abandonado” na instituição. Do mesmo modo, constatamos que não é feito um trabalho com os residentes que já se encontram no lar no sentido de preparar a chegada de um novo idoso.

É importante que a instituição acompanhe o novo residente nas diferentes fases de adaptação, ajudando-o a integrar-se. Deverá para isso, procurar recolher o máximo de informação possível sobre o novo residente: “carácter e a personalidade do novo residente, incluindo a sua história, as recordações familiares, a relação que tinha com a

comunidade da qual se separou e com a sua família” (Vicente et al., 2005, p. 44). Do mesmo modo, deverá junto dos residentes, principalmente com aqueles que já se encontram adaptados, preparar a entrada de um novo membro, organizando um comité de acolhimento. Este comité ficará responsável por acolher os novos residentes e contribuir, através de variadas atividades, para a integração de quem chega.

Ainda em relação ao quotidiano institucional detetaram-se algumas falhas nas atividades socioculturais desenvolvidas pela equipa técnica, que podem justificar a reduzida participação dos residentes nas mesmas e a superficialidade das relações entre os idosos.

Em primeiro lugar, as atividades podem não ir ao encontro dos gostos e interesses dos residentes, uma vez que durante as observações em momento algum se verificou alguém questionar os residentes se concordavam com essas atividades, se propunham novas atividades e quais são os seus gostos ou interesses. Deste modo, seria importante que os técnicos envolvessem os residentes na definição e planificação das atividades.

Em segundo lugar, o facto de as atividades não atenderem às necessidades individuais de cada residente, isto é, as atividades não estão pensadas para residentes de diferentes estados físicos e cognitivos. Seria importante que os colaboradores promovessem atividades que atendessem às várias dificuldades dos residentes e atividades com graus de exigência diferentes, permitindo deste modo a participação de todos os residentes e a elevação da cultura dos mesmos.

Em terceiro lugar, constatou-se uma incorreta divulgação das atividades socioculturais por todos os residentes. É verdade que é afixado nas portas da instituição o calendário semanal e mensal das atividades e em alguns momentos observou-se a equipa técnica questionar os residentes se queriam participar nas atividades. No entanto, isso não acontecia sempre que decorriam as atividades. Neste sentido, consideramos que a instituição deve desenvolver um conjunto de estratégias que permitam a difusão eficaz de informação acerca do desenvolvimento destas atividades por todos os residentes. Como por exemplo, delegar a tarefa de informar os residentes a um residente de cada sala de convívio.

Em quarto lugar, apontamos como justificação para a reduzida adesão dos residentes às atividades o espaço onde se realizam as atividades e os acessos ao mesmo. Neste sentido, seria importante os responsáveis pela implementação das atividades

diversificassem as atividades e os locais, pois assim dariam a oportunidade de todos os residentes participarem nas mesmas.

Para além destas falhas e pensando na necessidade de promoção das sociabilidades nas instituições de retaguarda à velhice, enquanto estratégia de combate ao isolamento e solidão apontamos, por último, o facto de que durante a realização das atividades se verificou que os idosos pouco ou nada interagem com os restantes participantes. Deste modo, consideramos que os técnicos deverão apostar em atividades que envolvam a realização de tarefas em equipa e de diálogo entre os residentes e estimulem os participantes a pedirem a ajuda uns aos outros, no sentido de contribuir para a criação e desenvolvimento de entreajuda e de sentimento de comunidade.

4.3. A promoção das sociabilidades dos elementos humanos em presença no lar como estratégia de combate da solidão

Tendo como base a ideia de Pais (2006) de que a solidão depende da qualidade do relacionamento que se tem ou, não, com o outro, ao analisar-se a qualidade das relações sociais entre os diferentes atores institucionais, detetaram-se necessidades que a nosso ver deverão ser alvo de intervenções.

4.3.1. Equipa técnica e cuidadores

Começamos por analisar as práticas dos recursos humanos da instituição, que segundo Vicente et al. (2005, p. 108) “constituem um elemento fundamental para o sucesso ou insucesso de qualquer organização”.

Através da observação verificou-se que, as relações entre os diferentes colaboradores da instituição e os residentes pautam-se pela superficialidade e baseiam-se no estabelecimento de uma certa distância entre os dois mundos sociais: os internados e os cuidadores (Goffman, 1996).

Relativamente ao diretor e à equipa técnica observou-se que passam a maior parte do dia nos seus gabinetes, desenvolvendo tarefas burocráticas. Os residentes vêm-se, assim, obrigados a se deslocarem aos gabinetes quando pretendem fazer um pedido ou queixa. Em relação aos cuidadores, constatou-se que estes, na maioria das vezes, apenas interagem com os residentes aquando da prestação de serviços.

Detetou-se, também, a necessidade de formação dos cuidadores no âmbito das sociabilidades, uma vez que de acordo com o diretor técnico as formações anuais apenas incidem “nos cuidados geriátricos, na segurança e higiene, no sistema da qualidade, nas doenças geriátricas e nos primeiros socorros”. Esta necessidade poderá explicar o facto de nem sempre os cuidadores tratarem os residentes de acordo com os princípios e valores definidos no guia de acolhimento para estruturas residenciais para idosos, nomeadamente, dignidade, respeito, individualidade, autonomia, capacidade de escolher, privacidade e intimidade, confidencialidade, igualdade e participação (Vicente et al., 2005).

Por estas razões consideramos que a instituição deve procurar apostar em ações de formação específicas que dotem os colaboradores de competências nas diversas áreas, prioritariamente na área em falta – relacionamento humano. Estas formações deverão ser uma prática contínua e atualizada na instituição, uma vez que as mudanças na sociedade em que vivemos são rápidas e constantes, o que faz com que os idosos de hoje tenham características diferentes dos idosos do futuro (Vicente, et al., 2005).

Para além deste trabalho realizado com os cuidadores consideramos que a instituição deve possibilitar, também, um acompanhamento psicossocial aos cuidadores, uma vez que a prestação continuada de cuidados a indivíduos com dificuldades funcionais e/ou défices cognitivos promove a exaustão profissional e a sobrecarga emocional nos cuidadores (Silva, 2012).

4.3.2. Relações entre residentes

Partindo da ideia de que qualquer instituição de retaguarda à velhice existe para os idosos e o bem-estar destes reflete o funcionamento da instituição, analisamos agora as necessidades detetadas nas relações sociais estabelecidas entre os próprios residentes.

Fruto da observação realizada, podemos afirmar que as relações entre os residentes não se caracterizam como próximas. Não só se observou que os residentes não interagem frequentemente uns com os outros como, também, se constatou que em alguns casos existem conflitos entre eles.

De facto, é amplamente sabido que viver e conviver com outras pessoas nem sempre é fácil. Isto agudiza-se quando os residentes vêm-se “obrigados” a dividir e partilhar um espaço com pessoas com as quais não existem laços de conhecimento, afetivos e afinidades (Vicente, et al., 2005). Tendo isto em conta, a instituição deverá

ajudar os residentes a se sentirem melhor, a estabelecer laços de amizade com os restantes residentes e a evitar ou resolver conflitos que surjam. Para isso, é importante que os profissionais responsáveis pelas atividades procurem junto dos residentes desenvolver momentos de reflexão, abordando temas como o respeito pelos outros, os direitos e a liberdade de opinião e de expressão.

Para além destes momentos de reflexão, consideramos importante que a instituição procure estimular o convívio entre os residentes, através da realização de atividades, que envolvam idosos de diferentes idades, sexo e estados físicos, contrariando desta forma que muitos dos residentes passem o dia todo diante de uma televisão, visualizando um programa de pouco interesse ou passem o dia no quarto, permanecendo deitados e isolados dos outros.

Propomos assim um conjunto de atividades, que segundo a literatura contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos mais velhos nos vários domínios, e sobretudo, promovem as sociabilidades entre os idosos, enquanto estratégia de combate à solidão.

Começamos por apresentar a terapia da reminiscência. De facto, uma das atividades possíveis de desenvolver junto dos mais velhos, que contribui para a diminuição do sentimento de solidão são sessões de terapia de reminiscência, onde o indivíduo relata memórias autobiográficas e reinterpreta-as como forma de aceitar a sua vida como a viveu (Afonso, 2011).

De acordo com os resultados de um estudo realizado em Taiwan, que objetivava avaliar os efeitos da terapia de reminiscência no bem-estar psicológico, na depressão e na solidão de idosos institucionalizados, as sessões contribuíram para o aumento do bem-estar psicológico e para a diminuição da depressão e da solidão dos idosos (Chiang, Chu, Chang, Chung, Chen, Chiou & Chou, 2010).

Segundo os autores, ao abordar temas diferentes como partilha de memórias, aspetos positivos do passado, histórias de familiares e da vida, entre outros, os participantes no estudo tiveram a oportunidade de interagir com outros e de conhecer os outros, contrariando o isolamento a que muitos estão sujeitos durante o dia nas instituições.

Os resultados do estudo indicam que nas sessões de terapia de reminiscência os participantes estabeleceram e aperfeiçoaram as relações de amizade entre eles e construíram um forte sentimento de pertença e de coesão, que por sua vez “aliviou os sentimentos de solidão” (Chiang et al., 2010, p. 387).

A instituição poderá, também, apostar em sessões de musicoterapia realizadas em grupo. Segundo Oliveira, Lopes, Damasceno e Silva (2012) a musicoterapia não só é eficaz no tratamento de várias patologias associadas à velhice como depressão, ansiedade, Alzheimer, Parkinson, hipertensão, deficiência visual e auditiva, como também facilita a expressão e comunicação. Ao proporcionar interações em grupo contribui para a melhoria das relações sociais entre os residentes e colmata, assim, o sentimento de solidão.

Uma outra forma de facilitar e melhorar a interação entre indivíduos e contribuir para a sua integração social pode passar pela realização de sessões de terapia de remotivação (Araújo, Gomez, Teixeira & Ribeiro, 2011). Na verdade, sabe-se que um idoso que sofra de perda funcional e aumento da dependência sente-se, frequentemente, inadaptado e vivencia sentimentos de solidão, apesar de estar rodeado de outras pessoas (Singly & Mallon, 2000; Pais, 2006; Araújo et al., 2011). A remotivação surge, assim, como uma terapia que promove a adaptação do idoso no meio institucional, que consequentemente influenciará as relações sociais do idoso. Aliás, segundo Araújo et al. (2011, p. 105) com a terapia de remotivação, o idoso passa a aceitar-se tal como é, criando, “desta forma, uma ponte entre o que idoso parece aos outros e o que o pensa de si mesmo, encorajando-o a sentir-se numa realidade concreta e a procurar identificar as suas experiências na interação com os que o rodeiam”.

4.3.4. Relações entre residentes e visitantes

É igualmente importante que a instituição promova o contacto dos residentes com o exterior, mais concretamente com outras instituições, familiares e amigos.

Aliás, se analisarmos as atividades que a instituição realiza com pessoas externas à instituição rapidamente concluímos que há necessidade de se promover o contacto dos idosos com a comunidade, uma vez que estas atividades são muito reduzidas e pouco frequentes. Anualmente realiza-se uma festa de natal, um magusto, um baile de carnaval e um passeio religioso. Verificou-se, também, que a instituição raramente promove atividades intergeracionais, que de acordo com Carlson (2009) desempenham um papel substancial na saúde dos mais velhos, uma vez que contribuem para a prevenção de Doenças, promovendo, assim, um envelhecimento saudável. Do mesmo modo, que a realização destas atividades confere um novo significado à velhice, uma vez que,

desmistifica a ideia que todos os velhos são doentes, dependentes, inúteis, improdutivos e incompetentes (Marques, 2011).

Consideramos, assim, que a instituição deve apostar ainda mais em parcerias com outros organismos da comunidade, como por exemplo, escolas e associações, no sentido de promover atividades com outros grupos etários da comunidade: crianças e jovens. A instituição pode, também, promover a visita por parte de outras instituições e de pessoas da comunidade através de, por exemplo, exposições das artes realizadas nos trabalhos manuais.

Em relação às visitas de familiares e amigos, detetou-se a necessidade de um espaço de visitas e a promoção de interação entre os residentes e os visitantes. Pelo que se observou, embora os residentes tenham a liberdade de receber visitas no espaço que queiram (sala de convívio, refeitório, quarto ou outro espaço) não existe um espaço destinado para esse fim. Este aspeto aparentemente anódino torna-se fulcral para os residentes que têm dificuldades de deambulação e por isso recebem as visitas no lugar onde se encontram a maior parte do tempo, isto é, na sala de convívio. Assim, vêm suas relações expostas aos olhares dos outros. Neste sentido, considera-se importante que a instituição crie um espaço específico e acolhedor, que garanta o conforto e a privacidade, para que os residentes recebam as suas visitas.

Do mesmo modo, consideramos importante que a instituição promova a verdadeira interação entre os residentes e os familiares, amigos e/ou outros durante o momento da visita, uma vez que tanto quanto nos podemos aperceber, os familiares, amigos ou outros que vistam um residente com debilidades físicas ou cognitivas não fazem nada mais do que sentarem-se ao seu lado. O mesmo acontece com alguns residentes mais independentes.

Apontamos, assim, como intervenções para dar resposta a esta necessidade a participação dos visitantes nas atividades socioculturais, o fomento da saída dos residentes da instituição com os visitantes e o acompanhamento do idoso em diversas atividades diárias, como por exemplo, idas às consultas e exames médico, ao cabeleireiro/barbeiro, entre outras.

Um outro aspeto a analisar em relação às visitas que os idosos recebem prende-se com a sua periodicidade que, em alguns casos, é reduzida. De facto, a maioria dos idosos da amostra receba visitas quinzenais ou semanais (51,3%). No entanto, 43,2% dos idosos da amostra recebem visitas com uma periodicidade que vai de mensal a anual. Naturalmente que os familiares e amigos do idoso que apenas o visitam

esporadicamente não têm um conhecimento aprofundado da atual situação do idoso como o que têm os familiares ou amigos que vistam frequentemente o idoso. Neste sentido, e numa tentativa de corroborar a ideia de que o lar de idosos assume o controlo total da vida do residente e supre todas as suas necessidades, parece-nos pertinente que a instituição procure promover a presença dos familiares e amigos na vida do idoso, realizando, por exemplo, reuniões/encontros, onde se abordem assuntos como: “estado de saúde, adaptação, melhorias e declínios, e possibilidades de melhorias” (Silva, 2012, p. 99).

Por fim, atendendo ao facto de que não existe um controlo eficiente das entradas e saídas consideramos que a instituição deve procurar delegar em algum funcionário ou até mesmo algum residente a responsabilidade de controlar a entrada e saída da instituição. Para além disso, deverá ser dado aos visitantes um crachá de identificação e elaborado um registo de todos os idosos que recebem visitas, quem os visita e a periodicidade.

Considerações finais

Depois de apresentar e analisar os resultados obtidos no nosso estudo e apontar algumas linhas de intervenção que promovam as relações dos idosos e contrariem a solidão, cabe-nos terminar a presente dissertação com algumas reflexões sobre as potencialidades e limitações do estudo desenvolvido.

Relativamente às potencialidades do nosso estudo referimos, em primeiro lugar, a pertinência dos vários contributos teóricos para o nosso estudo. Do nosso ponto de vista tonou-se enriquecedor para a compreensão da temática em estudo abordar a gerontologia e o estudo do envelhecimento, os ganhos e as perdas do processo de envelhecimento, as mudanças sociais que se têm vindo a registar na sociedade, a transferência da velhice de um plano familiar para a esfera pública, que se traduziu na gestão coletiva da velhice e, consequentemente no surgimento de serviços e equipamentos para os mais velhos. Consideramos igualmente pertinente analisar o funcionamento de uma instituição e o seu impacto nas relações sociais dos institucionalizados e no sentimento de solidão, à luz dos contributos teóricos de autores como Goffman (1996), Singly e Mallon (2000), Guedes (2012) e Pais (2006). Assim como, abordar a solidão recorrendo a contributos da sociologia e psicologia.

Em segundo lugar, consideramos que os procedimentos metodológicos utilizados na presente investigação revelaram-se os mais adequados à temática em estudo. Por um lado, a utilização da escala de solidão, adaptada para a população portuguesa idosa, permitiu avaliar com exatidão a perceção do individuo sobre o sentimento de solidão que experiencia. Por outro, a elaboração de um plano de observação, teoricamente sustentado, no qual estavam previamente estabelecidos os aspetos/categorias necessárias à análise da situação e, consequentemente, a observação permitiu-nos recolher informações e perceber de que forma as práticas institucionais acentuam ou contrariam o sentimento de solidão.

Salientamos que a recolha de dados só foi possível de se realizar graças aos contactos contínuos com os residentes e colaboradores e à disponibilidade de todos os elementos da instituição para responderem a todas as questões e pedidos realizados. Sem as largas horas de conversas tidas com os residentes em diferentes momentos do dia, consideramos que não seria possível recolher a informação necessária para o nosso estudo. Notamos que à medida que o tempo passava se registou uma maior receptividade e a aproximação dos residentes, o que nos permitiu recolher depoimentos e, sobretudo,

aplicar a escala de solidão. Não obstante, alguns residentes mostraram-se reticentes quando lhes era pedido para conversarem e responderam a algumas questões sobre a sua vida.

Para além do fundamental contributo da observação, a análise de documentos individuais dos residentes e de documentos oficiais da instituição enriqueceram a nossa visão em torno do fenómeno estudado, pois forneceram alguns dados que os residentes não tinham conhecimentos/não se recordavam e permitiram perceber os motivos de algumas práticas institucionais.

Não obstante todas estas potencialidades, o nosso estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar salientamos o facto de que a amostra do nosso estudo foi relativamente reduzida, isto é de 90 idosos apenas fizeram parte da amostra 37 residentes, o que pode justificar o facto de alguns resultados quantitativos não irem de encontro a resultados de estudos anteriores, nomeadamente, que a solidão não se encontra associada à idade, ao género, ao estado civil e à escolaridade.

Uma outra limitação do estudo refere-se com a aplicação da escala de solidão. Embora as frases da versão resumida da escala de solidão da Ucla indiquem que foi construída com base na autoadministração, uma vez que os itens estão formulados na primeira pessoa do singular, na maioria dos casos a escala foi hétero-aplicada podendo, desta forma, enviesar os resultados. Esta hétero-aplicação ocorreu devido a pedido dos residentes ou, então, para dar resposta a dificuldades visuais ou analfabetismo.

Do mesmo modo, atendendo ao facto de que os resultados do presente estudo indicam que a solidão nos indivíduos institucionalizados apresenta particulares diferentes em relação à solidão dos indivíduos que residem na comunidade, consideramos, pois, que num próximo estudo sobre a solidão de idosos institucionalizados seja pertinente a adaptação da escala utilizada ou, então, a utilização de um outro instrumento de avaliação da percepção de solidão.

Para além destas limitações, o nosso estudo tratou-se de um estudo de caso, o que nos impede da possibilidade de generalizar os resultados. Não obstante, dados os objetivos do estudo e o curto espaço de tempo para realizar o estudo, consideramos que apenas era possível de se realizar através de um estudo deste tipo.

Nunca foi nossa intenção extrapolar os resultados obtidos no presente estudo para outras instituições de retaguarda à velhice até porque, em cada instituição estão idosos com histórias de vida diferentes, personalidades diferentes, que ingressaram na

instituição por condicionalismos diferentes e vivem o seu dia-a-dia de uma forma diferente, ainda que apresentem semelhanças sociais com outros.

Consideramos, porém, que futuramente se possam realizar estudos em diferentes instituições, numa tentativa de se perceber se a realidade de outras instituições é igual à encontrada no nosso estudo.

Referências Bibliográficas

- Afonso, R. M. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Araújo, L., Gomez, V., Teixeira, C., & Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 5, Dez, pp. 103-111.
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From development contextualism of the young old the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, pp. 123-135.
- Barreto, A. (autor). (2007). *Portugal, Um Retrato Social* (documentário). Portugal: RTP
- Barroso, V. L. (2006). *Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade face ao Envelhecimento- Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*. Lisboa. Acedido a 10 de Agosto, 2015, de <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatras.pdf>
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., Andrade, F., Hototian, S., Saffi, F., & Carmago, C. (2002). Reabilitação Cognitiva em Pacientes com Doença de Alzheimer. *Arq Neuropsiquiatr*, 60 (1), pp. 70-79.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., Marques, T. (2013). *Processo de envelhecimento em Portugal – Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: FFMS
- Camara, V.D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S.A., Ramos, P. A., Lima, J.A., Camara, S. C., Silva, L. E., Silva, A. B., Ribeiro, M. C. & Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira Neurologia*, 45(1), pp. 25-33.

- Carlson, M. C. (2009). Evidence for Neurocognitive Plasticity in At-Risk Older Adults: The Experience Corps Program. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. Volume 64, A Issue (12), pp.1275-1282
- Cavanaugh, J. C. & Blanchard-Fields. F. (2006). *Adult Development and aging*. (5^aed.) Australia: Wadsworth
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25, pp. 380-388.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*, June (2), pp. 91–100.
- Epinay, C. L. (1991). *Vieillir ou la vie à inventer*. Paris: L'Harmattan
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L.W. (1999). A model of loneliness in older adults, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, pp. 231-239.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Tese de mestrado em Psicologia do Idoso (não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Fischer, G. N. (1994). *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Gierveld, J. J. (1989). Program Overview: Personal relationships, social support and loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, pp. 197-221.
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (2^o ed.). São Paulo: Atlas.

- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos*. Porto: Coisas de Ler.
- Guillemard, A.M. (1972). *La retraite, une mort sociale*. Paris: Mouton.
- Guillemard, A.M. (2002). *De la retraite mort sociale à la retraite solidaire: la retraite une mort sociale*. *Gérontologie et société*, vol 3, n° 102, pp. 53-66
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1996). *Manicómios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, Prisões e Conventos*. (5° ed.). Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspetiva. 7ª ed.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jon-Giverld, J., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peaplaw, D. Perlman (eds.), *Loneliness a source book of current theory, research and therapy* (pp. 105-119). New York: John Wiley, 8 sons.
- Lehning, A.J. (2011). City Governments and Aging in Place: Community Desig, Transportation and Housing Innovation Adoption. *The Gerontologist*, pp. 1-12.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maroco, J. (2006). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, Vol.14, pp. 17-34

Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 2, p. 65 – 79. Acedido em 29 de Julho, 2015, de http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Avaliacao_Solidao_Felix_Neto.pdf

Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11, pp. 313-319.

Nogueira, E. J., Lima, L. J., Martins, L. A., & Moura, É. R. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos, *Iniciação Científica CESUMAR*, V.1, nº 1, pp. 65-70.

Oliveira, G. C., Lopes, V. R., Damasceno, M. J. & Silva, E. M. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20- Dezembro 2012, pp. 85-94

Papália, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento: Humano*. (8º ed.). Porto Alegre: Artimed.

Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão, Deambulações Sociológicas*. Lisboa: Âmbar.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Inc. Paul, C. & Fonseca, A. (coords), *Envelhecer em Portugal* (21-41). Lisboa: Climpsi.

Paúl, C. (2012). Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. Inc. Paúl, C. & Ribeiro, O. (coord), *Manual da Gerontologia* (1-15). Lisboa-Porto: Lidel

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, pp 53-60.

Pedrozzo, S. K, & Portella, M. R. (2003). Solidão na Velhice: reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. *Boletim de Saúde*, 17(2), pp. 171-183.

Pimentel, L. M. (2001). *O lugar do Idosa na Família: Contextos e Trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

PORDATA. (2015^a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: trinénio a partir de 2001)* – Portugal. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de [http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)

PORDATA. (2015^b). *Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>

PORDATA. (2015^c). *Estabelecimentos de saúde: consultas, internamentos e urgências por mil habitantes – Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Estabelecimentos+de+sa%C3%BAde+consultas++internamentos+e+urg%C3%AAncias+por+mil+habitantes-605>

PORDATA. (2015^d). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução – Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o-416>

PORDATA. (2015^e). *Alunos matriculados: total e por nível de ensino - Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-1002>

PORDATA. (2015^f). *Docentes do sexo feminino em % dos docentes em exercício nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino – Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+do+sexo+feminino+em+percentagem+dos+docentes+em+exerc%C3%adcio+nos+ensinos+pr%C3%a9+escolar++b%C3%alsico+e+secund%C3%alrio+total+e+por+n%C3%advel+de+ensino-782>

PORDATA. (2015^g). *Diplomados no ensino superior: total e por nível de formação – Portugal*. Retirado de Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Diplomados+no+ensino+superior+total+e+por+n%C3%ADvel+de+forma%C3%A7%C3%A3o-219>

PORDATA. (2015^h). *Casamentos em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Casamentos-16>

PORDATA. (2015ⁱ). *Casamentos não católicos entre pessoas do sexo oposto (%) em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de

[http://www.pordata.pt/Portugal/Casamentos+n%C3%A3o+cat%C3%B3licos+entre+peçoas+do+sexo+oposto+\(percentagem\)-420](http://www.pordata.pt/Portugal/Casamentos+n%C3%A3o+cat%C3%B3licos+entre+pe%C3%A7as+do+sexo+oposto+(percentagem)-420)

PORDATA. (2015^j). *Nados vivos fora do casamento com coabitação e sem coabitação com os pais*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de [http://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+fora+do+casamento++com+coabita%C3%A7%C3%A3o+e+sem+coabita%C3%A7%C3%A3o+dos+pais+\(percentagem\)+-620](http://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+fora+do+casamento++com+coabita%C3%A7%C3%A3o+e+sem+coabita%C3%A7%C3%A3o+dos+pais+(percentagem)+-620)

PORDATA. (2015^l). *Idade média ao primeiro casamento, por sexo em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+ao+primeiro+casamento++por+sexo-421>

PORDATA. (2015^m). *Divórcios em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Div%C3%B3rcios-323>

PORDATA. (2015ⁿ). *Dimensão média dos agregados domésticos privados em Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+dom%C3%A9sticos+privados+-511>

PORDATA. (2015^o). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição – Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+dom%C3%A9sticos+privados+total+e+por+tipo+de+composi%C3%A7%C3%A3o+-19>

PORDATA. (2015^p). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários – Portugal*. Acedido a 12 de Setembro, 2015, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-512>

Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise psicológica*, 3, pp. 547-558

Rede de Serviços e Equipamentos Sociais. (2013). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação GEP – CID.

Rosa, M. & Chitas, P. (2010). *Portugal: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Savikko, N. (2008). *Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation*. Finlândia: Turquia.

Santos, A. (2014). *O Lar de Idosos: Lugar de Vida ou Morte Social?* Tese de Mestrado em Gerontologia Social (não publicada). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto.

Schaie, W. & Willis, S. (2003). *Psicologia de la edad adulta y la vejez* (5ª ed). Madrid: Pearson/Prentice Hall.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Singly, F. & Mallon, I. (2000). A proteção de si no lar de idosos (cap.9). In François de Singly - Livres Juntos, *O individualismo na onda comum* (pp. 241-262). Lisboa: Dom Quixote.

Silva, T. (2012). *Laços Sociais em Idosos Institucionalizados – Estudo de Caso*. Tese de Mestrado em Gerontologia Social (não publicada). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto.

Vicente, A., Alvarez, D. L., Cadete, M. H., Quintela, M.J., Lopes, M. & Cordeiro, P. (2005). *Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S (2011). The Deaning of “Agein in Place” to Older People. *The Gerontologist*, pp.1-10.

Yin, R. (2005). *Estudo de Caso – Planeamento e Métodos*. São Paulo: ARTMED. 3ª ed.

Anexos

Anexo 1: Guião de observação

Sociabilidades entre os residentes	<ul style="list-style-type: none">• Os residentes conversam uns com os outros?• Os residentes conversam com outros residentes de gerações diferentes?• Os residentes de diferente estado de saúde e mental conversam uns com os outros?• Onde se encontram os idosos acamados?• Os idosos discutem? Quem resolve essas situações? De que forma?• Há conselhos de residentes? O que fazem esses conselhos?• Nas atividades socioculturais os idosos são estimulados a conversarem uns com os outros?• Como é os idosos se encontram dispostos nas salas de convívio e nas salas onde se realizam as atividades?• Durante as atividades e no dia-a-dia os idosos solicitam ajuda a outros? Os idosos entreadjudam-se? Quem os ajuda?• Existem materiais de atividades lúdicas que impliquem a presença de vários idosos (mesa de bilhar, damas)?• Porque nomes os idosos se tratam (apelido, alcunha, diminutivo, etc)?• Os idosos estão sempre no mesmo lugar? Porquê?• Os residentes conhecem-se? Sabem o nome, a idade, a naturalidade, os gostos e interesses, problemas de saúde, etc?• Os idosos têm os seus lugares marcados? Como é que os idosos reagem quando alguém lhes “rouba” o lugar?• O que é feito quando um residente falece? Os idosos são informados da sua morte? Os idosos podem ir ao funeral?
------------------------------------	---

<p>Sociabilidades entre os residentes e os colaboradores da instituição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os colaboradores promovem a participação dos residentes na tomada de decisão? Pedem a sua opinião? • Os colaboradores esperam que o idoso acabe a conversa com outro e só depois o chamam? • Os colaboradores conversam com os idosos durante as tarefas diárias? • Os residentes estão impedidos de entrar em alguns locais da instituição? • Por que nome os idosos tratam os colaboradores e vice-versa? • Os colaboradores propõem aos residentes a ida para novos espaços da instituição? • O estado físico e psicológico influencia nas relações entre residentes e colaboradores? Tratam-no com respeito? Costumam ser carinhosas e pacientes? Preservam a sua intimidade? São prepotentes e obrigam os idosos a fazerem aquilo que não querem? Estão sempre a dar ordens? São indiferentes, distantes e praticamente não falam com os idosos? • Quais são os domínios das formações realizadas com os colaboradores? São realizadas ações de formação na área das sociabilidades? Qual a periodicidade? Quem é o formador? Que estratégias são adotadas pela instituição para garantir a prática dos conhecimentos adquiridos nessas formações? Quem supervisiona essas práticas? • O que é feito para identificar e dar respostas às necessidades/problemas dos idosos?
---	--

<p>Caracterizar as sociabilidades dos idosos com o exterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A entrada e saída da instituição está sujeita a um ritual de passagem? • As portas da instituição estão fechadas, os visitantes têm de pedir autorização? • Como se caracterizam os residentes que saem da instituição? E os que recebem visitas? • Que respostas são dadas aos idosos que necessitam de apoio nas saídas da instituição? Com que frequência? • Sempre que um idoso sai da instituição é necessário avisar a instituição? Porquê? • Em que locais os idosos recebem visitas? • Os residentes recebem visitas fora do horário das visitas? • Quem os visita? • Como decorrem as visitas? Os visitantes conversam com os residentes? Trazem-lhe coisas? • Quais são as atividades que a instituição promove com os residentes e o exterior? Qual é a periodicidade? • Quais são as atividades desenvolvidas pela comunidade em que os residentes da instituição participam? Qual é a periodicidade? • Estão afixadas informações sobre atividades que se realizam na comunidade? Os idosos são informados das atividades da comunidade? Como? • Os idosos podem sair da instituição para passar dias/semanas/meses com os seus próximos? Por que razão a instituição definiu essa regra?
---	--

<p>Privacidade/intimidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em que locais os residentes podem conversar no quarto, num gabinete, na sala de convívio)? • Em que locais os residentes podem receber visitas (no quarto, num gabinete, na sala de convívio)? • Os idosos têm a chave do quarto? • Os idosos podem fechar o quarto à chave sempre que quiserem?
-------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Quem entra no quarto bate à porta ou pede permissão? • Os idosos têm chave dos armários? • Os colaboradores pedem autorização para mexerem nas coisas dos residentes? • Todos os residentes (independentes, dependentes) têm no seu quarto casa de banho privativa com sanita, bidé e banheira? Podem utilizá-la sempre? • Os residentes podem utilizar o telefone próprio ou da instituição para telefonarem? • Quando utilizam o telefone da instituição estão sujeitos á presença de alguém a supervisionar? • Nos quartos partilhados existe uma divisória? Os residentes partilham armários? • Na instituição existem gabinetes de atendimentos? Quando os idosos estão a ser atendidos podem ser interrompidos por terceiros? • É praticado o princípio de sigilo profissional? Até que nível? • Os idosos podem expressar sentimentos (amizade, amor)? • Os idosos podem namorar e estabelecer relações de intimidade? • Os idosos podem lavar a sua roupa? Onde? Em que locais a podem estender?
--	---

Envolvimento e autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Em que atividades básicas e instrumentais os idosos participam? Podem cozinhar? Podem escolher a ementa? Podem pôr a mesa? Podem lavar a loiça? Podem arrumar e limpar o quarto? Podem escolher a roupa que querem vestir? Podem lavar a roupa? Podem fazer compras? Podem tomar banho sozinhos? Podem decidir se querem ou não tomar banho? • Quem participa no processo de tomada de decisão? Como participam os idosos na tomada de decisão? Podem questionar? Dar opinião? As opiniões são tidas em conta? • Os residentes definiram os horários? Podem realizar as
--------------------------	---

	<p>atividades quando querem?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem participa nas atividades socioculturais? Porquê? • Os idosos são “obrigados” a participar nas atividades? • Como participam os idosos nas atividades lúdicas? Participam no planeamento? Podem escolher as atividades que querem fazer? Podem escolher quando e onde as querem fazer? Todos podem participar nas atividades? • Que domínios abrangem as atividades socioculturais (físico, psicológico, social, espiritual)? Com que periodicidade se realizam essas atividades? • Os residentes podem escolher o seu quarto? E o colega de quarto? Se a qualquer momento quiserem mudar de quarto podem fazê-lo? Os casais partilham o mesmo quarto? Podem decorar o seu quarto? • Como é trabalhado com os residentes a entrada de um novo residente? Os residentes são informados antecipadamente da entrada do novo residente? Caso o novo residente tenha algum problema físico, mental ou social como são sensibilizados os residentes para esta situação?
--	---

Espaço físico	<ul style="list-style-type: none"> • O lar localiza num sítio ermo ou está rodeado de serviços? • Os diferentes espaços da instituição encontram-se sinalizados e com ajudas protésicas? Quando querem deslocar-se de um espaço para outro essas ajudas estão próximas ou distantes? • Os vários espaços da instituição são acessíveis a todos? • As salas onde se realizam as atividades socioculturais são grandes? São salas onde os idosos já se encontram ou têm de se deslocar? São salas de acesso possível a todos os residentes? • Onde se localizam as salas de convívio? São salas de acesso possível a todos os residentes? • A acessibilidade da instituição ao exterior promove a saída dos idosos?
---------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • O lar encontra-se decorado pelos residentes? Como é a decoração?
--	--

Anexo 2: Testes de normalidade

Idade e solidão

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Idade	,121	37	,192	,956	37	,149
Loneliness	,085	37	,200*	,957	37	,159

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Sexo e solidão

Sexo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Loneliness	Feminino	,117	27	,200*	,946	27	,169
	Masculino	,218	10	,193	,952	10	,688

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Estado civil e solidão

Estado civil		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Loneliness	Solteiro/a	,145	12	,200*	,923	12	,315
	Casado/a	,260	2				
	Viúvo/a	,093	23	,200*	,964	23	,544

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Escolaridade e solidão

Escolaridade		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Loneliness	Analfabeto/a	,266	8	,102	,894	8	,254
	Escolaridade básica	,115	27	,200*	,950	27	,212
	Curso técnico	,260	2				

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Anexo 3: Descritivas sobre a Escala de Solidão

Frases da Escala de Solidão	Total		Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes	
	Média	D.p	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo	2,9	,9	5	13,5%	3	8,1%	21	56,8%	8	21,6%
Sinto falta de camaradagem	2,6	1,2	11	29,7%	4	10,8%	11	29,7%	11	29,7%
Sinto que não faço parte de um grupo de amigos	1,9	1,0	14	37,8%	16	43,2%	2	5,4%	5	13,5%
Sou infeliz por ser tão retraído	1,8	1,0	22	59,5%	5	13,5%	7	18,9%	3	8,1%
Sinto-me excluído(a)	1,7	1,1	26	70,3%	2	5,4%	4	10,8%	5	13,5%
Sinto-me isolado dos outros	1,6	1,0	25	67,6%	3	8,1%	7	18,9%	2	5,4%

Consentimento informado

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, está a ser desenvolvido um estudo sobre solidão em idosos institucionalizados.

Para este estudo está a proceder-se a uma recolha de dados, para a qual se solicita a sua colaboração para responder algumas questões, cujas respostas não são certas ou erradas.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados somente nesta investigação.

Caso aceite colaborar neste estudo, pode desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Data: _____

Assinatura do participante ou representante

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração!

Ficha de caracterização Socio – Demográfica

1. **Nome:** _____
2. **Idade:** _____
3. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐
4. **Estado civil:**
Solteiro/a ☐ Casado/a ou união de facto ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐
5. **Naturalidade:** _____
6. **Habilitações Literárias:**
Analfabeto/a ☐ Escolaridade básica (4º ano / 4ª classe) ☐
Escolaridade obrigatória (9º ano) ☐ Ensino secundário (12º ano) ☐
Curso técnico ☐ Ensino Técnico ☐ Ensino Superior ☐
7. **Tem filhos?** Sim ☐ Não ☐
 - 7.1. Se sim, quantos? _____
 - 7.1.1. Onde residem? _____
8. **Recebe visitas?** Sim ☐ Não ☐
 - 8.1. Se sim, quem o visita? _____
 - 11.1.1 Com que periodicidade? _____
9. **Recebe telefonemas?** Sim ☐ Não ☐
 - 9.1. Se sim, quem lhe telefona? _____
 - 9.2. Se sim, com que periodicidade? _____
10. **Data de entrada na instituição** ____/____/____
11. **Motivos que levaram à sua institucionalização**

Mini Mental State Examination

1. Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.”

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota:_____

2. Retenção

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure decorá-las".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota:_____

3. Atenção e Cálculo

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota:_____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" **Nota:** _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

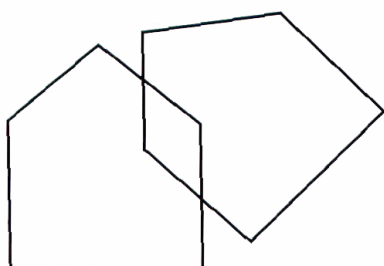
Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito, verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Índice de Barthel

Alimentação	10 Independente (Ex: capaz de utilizar qualquer instrumento; come num tempo razoável)	
	5 Necessidade de alguma ajuda (Ex: Para cortar, levar à boca)	
	0 Dependente (Necessita ser alimentado)	
Vestir	10 Totalmente independente (Ex: Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos)	
	5 Necessita de alguma ajuda (Ex: Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	
	0 Dependente	
Banho	5 Totalmente independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	
	0 Dependente	
Higiene Corporal	5 Totalmente independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	
	0 Dependente	
Utilizar a casa de banho	10 Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	
	5 Necessita de Ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa)	
	0 Dependente	
Controlo Intestinal	10 Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de clisteres, fá-lo sozinho)	
	5 Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para clisteres)	
	0 Incontinente fecal	
Controlo Vesical	10 Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho)	
	5 Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência; necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	
	0 Incontinente ou algaliado	
Subir Escadas	10 Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	
	5 Necessita de ajuda (Ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	
	0 Dependente	
Transferência Cadeira-Cama	15 Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	
	10 Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)	
	5 Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	
	0 Dependente	
Deambulação	15 Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	
	10 Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	
	5 Independente com cadeira de rodas (Anda pelo menos 50 metros)	
	0 Dependente	

Índice de Lawton

Cuidar da casa	1 Cuida da casa sem ajuda	
	2 Faz tudo expeto o trabalho pesado	
	3 Só faz a tarefas leves	
	4 Necessita de ajuda para todas as tarefas	
	5 Incapaz de fazer alguma coisa	
Lavar a roupa	1 Lava a sua roupa	
	2 Só lava pequenas peças	
	3 É incapaz de lavar a sua roupa	
Preparar a comida	1 Planeia, prepara e serve sem ajuda	
	2 Prepara se lhe derem os ingredientes	
	3 Prepara pratos pré-cozinhados	
	4 Incapaz de preparar as refeições	
Ir às compras	1 Faz as compras sem ajuda	
	2 Só faz pequenas compras	
	3 Faz as compras acompanhado	
	4 É incapaz de ir às compras	
Uso do telefone	1 Usa-o sem dificuldade	
	2 Só liga para lugares familiares	
	3 Necessita de ajuda para o usar	
	4 Incapaz de usar o telefone	
Uso do transporte	1 Viaja em transporte publico ou conduz	
	2 Só anda de táxi	
	3 Incapaz de usar o transporte	
Uso do dinheiro	1 Paga as contas, vai ao banco, etc	
	2 Só em pequenas quantidades de dinheiro	
	3 Incapaz de utilizar o dinheiro	
Responsável pelos medicamentos	1 Responsável pela sua medicação	
	2 Necessita que lhe preparem a medicação	
	3 Incapaz de se responsabilizar pela medicação	

ESCALA DE SOLIDAO DE UCLA

Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

- 1 = Nunca*
2 = Raramente
3 = Algumas vezes
4 = Muitas vezes

1.Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
2. Sinto que faço parte de um grupo de amigos	1	2	3	4
3 Sinto-me excluído(a).	1	2	3	4
4 Sinto-me isolado(a) dos outros.	1	2	3	4
5 Sou infeliz por ser tão retraído(a).	1	2	3	4
6 As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo	1	2	3	4